



PEMERINTAH KABUPATEN SANGGAU
DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH M. Th. DJAMAN
Jalan Jenderal Sudirman Sanggau (Kode Pos 78512)
Telpon (0564) 21070, Faksimile (0564) 22959

Laman www.rsud.sanggau.go.id, Pos-el rsudmthdjaman@mail.sanggau.go.id

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI
(RANGKAP DUA)**

A	INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN		
	Nomor Registrasi Keberatan	:	.....
	Nomor Pendaftaran Permohonan INformasi	:	.....
	Tujuan Penggunaan Informasi	:	.....
	Identitas Pemohon	:	.....
	Nama	:	.....
	Alamat	:	.....
		:	
	Pekerjaan	:	.....
	Nomor Telepon/E-Mail	:	.....
		:	
	Identitas Kuasa Pemohon	:	.....
	Nama	:	.....
	Alamat	:	.....
		:	
	Nomor Telepon/E-Mail	:	.....
		:	
B	ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN ***		
	☐	Permohonan Informasi Ditolak	
	☐	Informasi Berkala tidak disediakan	
	☐	Permintaan Informasi tidak ditanggapi	
	☐	Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta	
	☐	Permintaan informasi tidak dipenuhi	
	☐	Biaya yang dikenakan tidak wajar	
	☐	Infomasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan	
C	KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)		
			
D	HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN :		
	Diisi oleh petugas) ****		

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terimakasih.

Sanggau, ****

Mengetahui,
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

Tanda tangan

(.....)

Nama dan Tanda tangan

Keterangan :

- * Nomor registrasi pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan
- ** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
- *** Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP, dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan yang diajukan
- **** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP
- ***** Tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku register pengajuan keberatan
- ***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yang menerima pengajuan