|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI**  **DINAS KESEHATAN**  Jalan Pamenang Nomor 1-C Telepon: 0354-683756 Faksimile: 0354-680445  Laman: dinkes.kedirikab.go.id – Surat Elektronik: dinkes@kedirikab.go.id  **KEDIRI**  Kode Pos : 64182   |  | | --- | |  |   **PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI**   1. **INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN**   **Nomor Registrasi Keberatan** : *(diisi petugas)*\*  **Nomor Pendaftaran Permohonan** :  **Informasi**  **Tujuan Penggunaan Informasi** :    **Identitas Pemohon**  Nama :  Alamat :    Nomor Telepon :  Pekerjaan :  **Identitas Kuasa Pemohon\*\***  Nama :  Alamat :    Nomor Telepon :   1. **ALASAN KEBERATAN\*\*\***  |  |  | | --- | --- | |  | 1. Permohonan Informasi di tolak | |  | 1. Informasi berkala tidak disediakan | |  | 1. Permintaan informasi tidak ditanggapi | |  | 1. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta | |  | 1. Permintaan informasi tidak dipenuhi | |  | 1. Biaya yang dikenakan tidak wajar | |  | 1. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan |  1. **KASUS POSISI (tambahan kertas bila perlu)**        1. **HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN :**   *[tanggal], [bulan],[tahun][diisi oleh petugas]\*\*\*\**  Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terima kasih.   |  |  | | --- | --- | | Mengetahui, \*\*\*\*\*\*  **Petugas Informasi**  **(Penerima Keberatan)** | ......................, .................................\*\*\*\*\*  **Pengaju Keberatan** | | (........................................................)  Nama dan Tanda Tangan | (........................................................)  Nama dan Tanda Tangan |   Keterangan :  \* Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan  \*\* Identitas kuasa pemohon diisi jikaada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa  \*\*\* Sesuai dengan Pasal 17 UU KIP, diisi 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 keberatan. |