**PEMERINTAH KABUPATEN PURBALINGGA**

DINAS KESEHATAN

Jl. Let.Jend. S.Parman No. 21 Telp. (0281) 891034 Fax. 93278 Purbalingga 53316

# PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

1. **PENGAJUAN KEBERATAN**

Nomor Registrasi Keberatan : *(diisi petugas)*

Nomor Pendaftaran Pemohon

Informasi :

Tujuan Penggunaan Informasi :

Identitas Pemohon

Nama :

Alamat :

Pekerjaan : No. Telepon :

Identitas Kuasa Pemohon \*

Nama :

Alamat : Nomor Telepon

# ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN

* 1. Permohonan Informasi ditolak
	2. Informasi Berkala tidak disediakan
	3. Permintaan Informasi tidak ditanggapi
	4. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
	5. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
	6. Biaya yang dikenakan tidak wajar
	7. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

# KASUS POSISI

1. **HARI/ TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN DIBERIKAN** *(diisi petugas)*

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya saya ucapkan terima kasih

|  |  |
| --- | --- |
| Petugas Informasi( Nama & Tanda Tangan ) | Pengaju Keberatan( Nama & Tanda Tangan ) |

Keterangan :

\*) Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa