



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PEJABAT PENGELOLA INFORMASI DAN DOKUMENTASI

Gedung dr. Adhyatma Lantai 1
Jalan H.R Rasuna Said Blok X-5 kav. 4-9 Jakarta 12950
Telepon (021) 52907416-9, Fax 021-52960661

FORMULIR KEBERATAN

Yth. Atasan PPID Kemenkes
di Tempat

tanggal...bulan... Tahun

A. INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN **

Nomor Pendaftaran Permohonan Informasi

Identitas Pemohon

Nama :

Alamat :

No. Telepon/Email/Fax :

Pekerjaan :

Identitas Kuasa Pemohon **

Nama :

Alamat :

Nomor Telepon :

B. ALASAN KEBERATAN

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a.Permohonan Informasi di tolak |
| <input type="checkbox"/> | b.Informasi berkala tidak disediakan |
| <input type="checkbox"/> | c.Informasi berkala tidak ditanggapi |
| <input type="checkbox"/> | d.Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta |
| <input type="checkbox"/> | e.Permintaan informasi tidak dipenuhi |
| <input type="checkbox"/> | f.Biaya yang dikenakan tidak wajar |
| <input type="checkbox"/> | g.Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang diteruskan |

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

.....
.....

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN : tanggal, bulan, tahun
(diisi oleh petugas)****

Demikian keberatan ini kami sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, diucapkan terima kasih.

Petugas Informasi

Pengaju Keberatan

ttd

ttd

(nama)

(nama)

Keterangan

*

Diisi petugas

**

Diisi pengaju/pemohon

Diisi dengan tanda V

Diisi dengan tempat dan tanggal diterimanya permohonan keberatan yaitu sejak permohonan keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan register permohonan keberatan