



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Laman : rsjdahm.kaltimprov.go.id Pos-el : rsjdahm@gmail.com

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN
INFORMASI PUBLIK**

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : (diisi petugas)*
Nomor Pendaftaran Permintaan Informasi :
Tujuan Penggunaan Informasi :
Identitas Pemohon
Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor Telepon :
Identitas Kuasa Pemohon**
Nama :
Alamat :
Nomor Telepon :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

- | | |
|--|---|
| | a. Permohonan Informasi di tolak |
| | b. Informasi berkala tidak disediakan |
| | c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi |
| | d. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta |
| | e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi |
| | f. Biaya yang dikenakan tidak wajar |
| | g. Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan |

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

**D. 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

Samarinda, *****

Mengetahui, *****
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju keberatan

(.....)
Nama &Tandatangan

(.....)
Nama &Tandatangan

Keterangan:

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register 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 keberatan



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT Jiwa DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Laman : rsjdahm.kaltimprov.go.id Pos-el : rsjdahm@gmail.com

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN
INFORMASI PUBLIK**

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : (diisi petugas)*
Nomor Pendaftaran Permintaan Informasi :
Tujuan Penggunaan Informasi :
Identitas Pemohon
Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor Telepon :
Identitas Kuasa Pemohon**
Nama :
Alamat :
Nomor Telepon :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

- Permohonan Informasi di tolak
- Informasi berkala tidak disediakan
- Permintaan Informasi tidak ditanggapi
- Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- Permintaan Informasi tidak dipenuhi
- Biaya yang dikenakan tidak wajar
- Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

**D. 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

Samarinda, *****

Mengetahui, *****
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju keberatan

(.....)
Nama &Tandatangan

(.....)
Nama &Tandatangan

Keterangan:

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register 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 keberatan