



**PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL**  
**DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jl. Dr. Sutomo Slawi Telp. (0283) 491644

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI**

**A. INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN**

Identitas Pemohon

Nama : .....

Alamat : .....

Pekerjaan : .....

Nomor Telepon : .....

Identitas Kuasa Pemohon \*\*

Nama : .....

Alamat : .....

Nomor Telepon : .....

**B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN\*\*\***

- a. Permohonan Informasi ditolak
- 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 disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

**C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)**

.....

.....

**D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN :.....\*\*\*\***

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

Slawi,.....\*\*\*\*\*

Mengetahui, \*\*\*\*\*  
Petugas Pelayanan Informasi  
(Penerimaan Keberatan)

Pemohon Informasi

(.....)  
Nama dan Tanda Tangan

(.....)  
Nama dan Tanda Tangan

**KETERANGAN**

- \* Nomor register 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 keberatan