



PEMERINTAH KABUPATEN SUKOHARJO
DINAS KESEHATAN

Jalan dr. Muwardi No. 66 Sukoharjo, Kode Pos 57514 Telp.(0271) 593015
Web: dkk.sukoharjokab.go.id Email : dkk@sukoharjokab.go.id

FORMULIR KEBERATAN

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

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

B. ALASAN 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 :

Tanggal bulan tahun(diisi oleh petugas) *

Sukoharjo,

Petugas Pelayan Informasi
(Penerima Permohonan)

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

Pengaju Pengaduan

(.....)
Nama dan Tanda Tangan