



**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KESEHATAN
RSUD BUNG KARNO**

Jln. Sungai Serang I Telp. (0271) 2936300 E-mail : rsudbungkarno@surakarta.go.id
SURAKARTA
57117

PPID TENTANG KETIDAKLENGKAPAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No. Pendaftaran: *.....

Nama :

Alamat :

Nomor Telp/email :

Rincian Informasi yang dibutuhkan :

Bahwa berdasarkan permintaan informasi publik dan dokumen yang kami terima, maka PPID menerangkan bahwa Informasi yang dimohon adalah Tidak lengkap, mohon untuk segera melengkapi dokumen tersebut yakni:

.....

Selanjutnya waktu untuk melengkapi dokumen tersebut paling lama 3 (tiga) hari sejak surat keterangan tidak lengkap diterima.

.....(tempat),(tanggal, bulan dan tahun)

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

Keterangan :

- **Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan informasi publik**



PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KESEHATAN
RSUD BUNG KARNO

Jln. Sungai Serang I Telp. (0271) 2936300 E-mail : rsudbungkarno@surakarta.go.id
SURAKARTA
57117

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 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)****

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

.....(tempat),(tanggal), (bulan), (tahun)*****

Mengetahui, *****

**Petugas Informasi Keberatan
(Penerima Keberatan)**

Pengaju

(.....)

Nama & Tanda Tangan


(.....)

Nama & 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

Foto Formulir Keberatan Informasi tersedia di ruang PPID

**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA**
DINAS KESEHATAN
RSUD BUNG KARNO
Jln. Sungai Serang I Telp. (0271) 2936300 E-mail : rsudbungkarno@surakarta.go.id
SURAKARTA
57117

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 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)
