

FORMAT FORMULIR KEBERATAN



DINAS KESEHATAN ACEH
Sekretariat Pelayanan Informasi Publik
Jl. Tgk. Syech Mudawali No. 6 Banda Aceh
Telp. (0651) 22421 Fax. 34005
E-mail: datin.dinkes@acehprov.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

No. Pendaftaran (*diisi petugas*)*:/...../.....

Nama :

Alamat :

Nomor Telepon/Email :

Rincian Informasi yang Dibutuhkan :

Tujuan Penggunaan Informasi :

Alasan Keberatan :

- 1. Permohonan informasi ditolak
- 2. Informasi berkala tidak disediakan
- 3. Permintaan informasi tidak ditanggapi
- 4. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- 5. Permintaan informasi tidak dipenuhi
- 6. Biaya yang dikenakan tidak wajar
- 7. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

Kasus Posisi (Tambahkan Kertas Bila Perlu)

.....
.....

Hari/Tanggal Tanggapan Atas Keberatan Akan Diberikan:
[tanggal], [bulan], [tahun] [diisi oleh petugas]****

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

..... ,

Petugas Informasi

Pengaju Keberatan

(Penerima Keberatan)

(.....)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

Nama dan Tanda Tangan