



**PEMERINTAH KABUPATEN WONOGIRI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO**

Jl. Jend. Achmad Yani No. 40 Wonogiri 57613

Telp. (0273) 321008, Fax. (0273) 321042

Email : rsud.soediran@gmail.com web : rsud.wonogirikab.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan* :

Nomor Registrasi Permohonan Informasi :

Tujuan Penggunaan Informasi :

Identitas Pemohon

 Nama :

 Alamat :

 Pekerjaan :

 No Telepon/E-mail :

Identitas Kuasa Pemohon**

 Nama :

 Alamat :

 No Telepon/E-mail :

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.

.....,.....20.....

Mengetahui
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)
nama dan tanda tangan

(.....)
nama dan tanda tangan

Keterangan :

- * Diisi oleh petugas
- ** Diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan surat kuasa
- *** Dipilih dengan memberikan ceklist (√) oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan
- **** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam undang-undang KIP