PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT KRAMAT JATI
Jalan Kerja Bakti RT 02 RW 10 Nomor 28 Jakarta Timur Telpon/Faximile 021-8004381
Website: puskesmaskramatjati.com; e-mail: puskesmas.kramatjati@jakarta.go.id, puskesmaskramatjati@gmail.com
J A K A R T A
Kode Pos 13510

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

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

Nama : .....
NIK : .....
Alamat : .....
Nomor Telepon/Email : .....
Rincian Informasi yang Dibutuhkan : .....
.....
.....
Tujuan Penggunaan Informasi : .....
.....
.....

Alasan Pengajuan Permohonan 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. Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan
- ☐ G. Lainnya, ……

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapan Saudara disampaikan terima kasih.

Jakarta, …….....

Petugas Penerima Permohonan

(…….....)

Pemohon Informasi

(…….....)