



PEMERINTAH KOTA PROBOLINGGO  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA

**UPTD PUSKESMAS KETAPANG**

Jalan Raya Bromo No.1 B, Kota Probolinggo, Jawa Timur 67222

Telepon.(0335) 425224, Faksimile-

Laman [pkmketapang.probolinggokota.go.id](http://pkmketapang.probolinggokota.go.id), Pos-el [puskesmasketapang@probolinggokota.go.id](mailto:puskesmasketapang@probolinggokota.go.id)

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI**

**A. Informasi Pengaju Keberatan**

Nomor Registrasi Keberatan :  
Nomor Pendaftaran Permohonan Informasi :  
Tujuan Penggunaan Informasi :  
Identitas Pemohon  
Nama :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
Nomor Telepon/email :  
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 mestinya
	e. Permintaan Informasi yang tidak dipenuhi
	f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
	g. Informasi yang diberikan 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 terima kasih.

Petugas Pelayanan Informasi,  
(Penerima Permohonan)

(.....)

Probolinggo, .....  
Pengaju Keberatan,

(.....)