



PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI TENGAH  
**DINAS KESEHATAN**

**UPT. RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNDATA**

Jl. R.E. Martadinata Kel. Talise Kec. Mantikulore Palu 94116 Telp. (0451) 4131445 – 4131446  
Fax. (0451) – 4012995 Email: uptrsudundata@gmail.com

**FORMULIR PENGAJUAN KEBERATAN**

Nomor Registrasi Keberatan \* :

(diisi oleh petugas)

Kepada Yth.  
Atasan PPID

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :  
Pekerjaan :  
Alamat :  
No. Telepon/Fax/Email :  
Nomor Pendaftaran Permohonan :  
Informasi Publik :  
Tujuan Penggunaan Informasi :  
Identitas Kuasa Pengaju Keberatan \*\*  
Nama :  
Alamat :  
Nomor telepon/Fax/Email :

mengajukan KEBERATAN sehubungan dengan permohonan informasi publik yang sudah diajukan pada tanggal.....

Alasan pengajuan keberatan \*\*\* :

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

Palu, / /2022

Petugas Layanan Informasi

Pengaju Keberatan,

(.....)

Nama jelas/tanda tangan/stempel

(.....)

Nama jelas dan tanda tangan

**Keterangan**

\* Diisi oleh petugas layanan informasi

\*\* Identitas kuasa pengaju keberatan dalam hal ini adalah kuasa pengaju keberatan dan melampirkan surat kuasa

\*\*\* Alasan yang diajukan oleh pengaju keberatan sesuai dengan Pasal 35 Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik

\*\*\*\* Diisi dengan tempat dan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan register pengajuan keberatan