



PEMERINTAH DAERAH KOTA SAMARINDA
KECAMATAN SAMARINDA SEBERANG
KELURAHAN TENUN SAMARINDA

JL. HOS. Cokroaminoto Gg. 5 RT.11 Kode Pos 75132
SAMARINDA

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : _____ [disi pengisi *]
Nomor Pendaftaran Permohonan Informasi : _____
Tujuan Penggunaan Informasi : _____
Identitas Pemohon : _____
Nama : _____
Alamat : _____
Pekerjaan : _____
Nomor Telepon : _____
Identitas Kusa Pemohon ** : _____
Nama : _____
Alamat : _____
Nomor Telepon : _____

B. ALASAN KEBERATAN***

- ☐ a. Permohonan Informasi di tolak.
☐ 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 : [tanggal],
[bulan], [tahun] [disi oleh petugas]****

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terimakasih.

Bandar Lampung,

20... *****

Mengetahui,*****
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

KETERANGAN

* Nomor register pemberian keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan