



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOESELO

Jl.dr.Soetomo No.63, Slawi Kabupaten Tegal Jawa tengah Kode Pos 52419
Tlp. (0283) 491016 - 491761 - 491430

Laman <http://rsudsoeselo.tegalkab.go.id> Pos-elrsudsoeselo@tegalkab.go.id



**Menyediakan Formulir Permohonan Informasi dan
Formulir Keberatan Informasi**

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI

Kode permohonan: _____

Sampaikan permohonan informasi anda dengan mengisi formulir berikut secara lengkap dan benar agar dapat segera diproses.

- Kategori Permohonan* (Silakan beri tanda centang ✓)
☐ Perorangan
☐ Lembaga/Organisasi
☐ Mahasiswa/Pelajar
- Nama: _____
- Alamat: _____
- Pekerjaan: _____
- No Handphone: _____
- Email: _____
- Akron yang dibutuhkan: _____

8. Tujuan Pengajuan Informasi: _____

9. Cara Mengajukan Informasi:
☐ Melihat/Membaca/Mendengarkan/Mencatat
☐ Mendapatkan Salinan Informasi (Hard Copy/Soft Copy)

10. Cara Mendapatkan Informasi:
☐ Mengantar Langsung
☐ Kurir
☐ Pos
☐ Email
☐ Fax

11. Lampirkan identitas pemohon: _____

Saksi: _____
Pemohon: _____

(Nama Jelas dan Tanda Tangan)

FORMULIR PERMOHONAN KEBERATAN

Sampaikan permohonan keberatan dengan jelas agar kami dapat menindaklanjuti permohonan anda.

- Kode Permohonan: _____
- Nama identitas pemohon (KTP/No Badan Hukum/Nomor Induk Mahasiswa): _____
- Sertakan identitas Kuasa?
☐ Tidak
- Alasan Pengajuan Keberatan* (Silakan beri tanda centang ✓)
☐ Pemohonan informasi ditolak
☐ Informasi Berakurasi tidak disediakan
☐ Pemrosesan informasi tidak dianggap
☐ Pemrosesan informasi dianggap tidak sebagaimana diminta
☐ Pemrosesan informasi tidak diproses
☐ Biaya yang dikenakan tidak wajar
☐ Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan
- Tujuan Pengajuan Keberatan: _____
- Lampirkan Salin Kuasa: _____

Saksi: _____
Pemohon: _____

Nama Jelas & Tanda Tangan