



PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL
DINAS KOMUNIKASI DAN INFORMATIKA

Jl. Soekarno- Hatta No. 193 Kendal Kode Pos 51313 Telp. (0294) 384353 Fax. (0294) 384353
E-mail : diskominfo@kendalkab.go.id website: www.kendalkab.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Regristasi Keberatan : _____ (diisi petugas)*
 Nomor Pendaftaran Permohonan Informasi : _____
 Tujuan Penggunaan Informasi: _____
Identitas Pemohon
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Pekerjaan : _____
 Nomor Telepon/HP : _____
Identitas Kuasa Pemohon **
 Nama : _____
 Alamat : _____
 Nomor Telepon/HP : _____

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

	a. Permohonan Informasi ditolak
	b. Informasi berkala tidak disediakan
	c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi
	d. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang dim
	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]
[diisi oleh petugas]****

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

Mengetahui
Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Kendal,20.....
Pengaju Keberatan

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

Keterangan :

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan
- ** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
- *** Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP, dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan yang diajukan
- **** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP
- ***** Tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai