

FORMULIR PERMOHON INFORMASI PUBLIK

Nomor Pendaftaran* :

Kepada Yth: PPID Utama dan / atau PPID Pelaksana Kementerian Kesehatan

Di Tempat

Nama :

Alamat :

No Telpon / Email / Fax :

Informasi yang diminta :

Cara Memperoleh Salinan Informasi* : 1. ☐ Melihat/membaca/mendengar/mencatat
2. ☐ Mendapatkan salinan dokumen (Hardcopy /Softcopy)

Cara Mendapatkan Salinan Informasi** : 1. ☐ Mengambil Langsung 2. ☐ Dikirim Lewat Pos

3. ☐ Email 4. ☐ Faximile

Tanggal Permintaan :(...../...../.....)***

Petugas Informasi

Pemohon Informasi

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

(.....)
Nama Jelas dan Tandatangan

Keterangan :

* Diisi oleh Petugas

** Pilih salah satu dengan tanda ✓

*** Diisi dengan tempat dan tanggal diterimanya permohonan Informasi Publik yaitu sejak permohonan Informasi Publik dinyatakan lengkap sesuai dengan register permohonan Informasi Publik