



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**  
**DINAS KESEHATAN**

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391  
e-mail : dinkes@kalteng.go.id  
PALANGKA RAYA 73112

NO : /PPID/DINKES/ /2023

**FORMULIR**  
**PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan informasi :

**Nama Pemohon Informasi** : .....  
NIK KTP : .....  
Alamat Pemohon Informasi : .....  
Nomor Telepon (Aktif) : .....  
Email : .....  
Informasi Yang dibutuhkan : .....

Alasan Permintaan : .....

**Nama Pengguna Informasi** : .....  
NIK KTP : .....  
Alamat Pengguna Informasi : .....  
Nomor Telepon : .....  
Email : .....  
Tujuan Penggunaan Informasi : .....

Cara Memperoleh Informasi :  Langsung  Website  Email  Fax  
Format Bahan Informasi :  Tercetak  Terekam  
Cara Mengirim Bahan Informasi :  Langsung  Via Pos  Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, .....

Pemohon Informasi

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**  
**DINAS KESEHATAN**

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391  
e-mail : dinkes@kalteng.go.id  
PALANGKA RAYA 73112

NO : /PPID/DINKES/ /2023

TANDA BUKTI  
PENERIMAAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari pemohon/pengguna informasi publik :

Permintaan Informasi : .....  
.....  
.....  
.....

Cara Memperoleh Informasi :  Langsung  Website  Email  Fax  
Format Bahan Informasi :  Tercetak  Terekam  
Cara Mengirim Bahan Informasi :  Langsung  Via Pos  Email

Palangka Raya, .....

Yang Menyerahkan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

Petugas Informasi

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**  
**DINAS KESEHATAN**

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391  
e-mail : dinkes@kalteng.go.id  
PALANGKA RAYA 73112

NO : /PPID/DINKES/ /2023

TANDA BUKTI  
PENYERAHAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah berupa Informasi :

Nomor Permintaan Informasi Publik : ..... Tanggal : .....

Informasi Publik : .....

Jenis Informasi : .....

Ringkasan Informasi : .....

.....  
.....  
.....

Nama Pemohon Informasi : .....

Alamat : .....

Format Bahan Informasi :  Tercetak  Terekam

Cara Mengirim Bahan Informasi :  Langsung  Via Pos  Email

Palangka Raya, .....

Yang Menyerahkan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan

**SURAT PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI PUBLIK**

---

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**Nama** : .....  
Nomor KTP (sesuai KTP) : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....  
Pekerjaan : .....

Mengajukan permohonan informasi dari PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah :

Informasi Yang dibutuhkan : .....  
.....  
.....  
.....

Alasan Permintaan : .....  
.....  
.....

Informasi diatas digunakan oleh dan untuk :

**Nama Pengguna Informasi** : .....  
Nomor KTP (sesuai KTP)\* : .....  
Alamat Pengguna Informasi : .....  
Nomor Telepon : .....  
Email : .....  
Tujuan Penggunaan Informasi : .....  
.....  
.....

Informasi diatas diperoleh dengan cara langsung/website/email/fax \*

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Data diatas telah diisi dengan sebenar-benarnya;
2. Informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah akan saya/kami gunakan sesuai dengan tujuan penggunaan informasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
3. Jika saya/kami menyalahgunakan informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah untuk melawan hukum dan atau mengintervensi Seseorang atau Badan Publik, maka kami bersedia dituntut oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah sesuai dengan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia;
4. Kami bersedia tunduk pada peraturan yang ditetapkan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan dibubuhi Materai 6000 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya, .....

Yang Menyatakan

.....  
Nama Jelas & Tanda Tangan

\* Pemohon melampirkan fotocopy identitas diri (KTP/KTM/Kartu Anggota)

## **Persyaratan Permohonan Informasi Publik**

### **A. Mahasiswa :**

Mengisi formulir permohonan informasi dan surat pernyataan penggunaan informasi yang telah disediakan PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah dengan melampirkan :

1. KTP yang masih berlaku
2. FC Kartu Tanda Mahasiswa yang masih berlaku dilegalisir oleh Pj Berwenang
3. Menunjukkan asli KTP dan KTM

### **B. Lembaga**

Mengisi formulir permohonan informasi dan surat pernyataan penggunaan informasi yang telah disediakan PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah dengan melampirkan :

1. Surat Permohonan
2. FC KTP Pemohon/Pengurus
3. FC Struktur Organisasi
4. FC Akte Notaris/Pendirian Organisasi
5. FC Keterangan Terdaftar
6. FC NPWP Organisasi
7. FC Keterangan Domisili Organisasi