



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

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

NO : /PPID/DINKES/ /2026

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 / dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : /PPID/DINKES/ /2026

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 / dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : /PPID/DINKES/ /2026

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. Menunjukan 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

FORMULIR KEBERATAN



DINAS KESEHATAN
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
Pejabat Pengelola Informasi Publik
Jl. Yos Sudarso No.09 Palangka Raya Telp.
(0536) 3221767 Fax. 3221767
E-mail : Infodinkes@gmail.com / dinkes@kalteng.go.id

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

No. Pendaftaran (diisi petugas)*:/...../.....

Nama :

Alamat :
.....

Nomor Telepon/Email :

Rincian Informasi yang Dibutuhkan :
.....
.....
.....

Tujuan Penggunaan Informasi :
.....
.....

Alasan Keberatan :

- 1. Permohonan informasi ditolak
- 2. Informasi berkala tidak disediakan
- 3. Permintaan informasi tidak ditanggapi
- 4. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- 5. Permintaan informasi tidak dipenuhi
- 6. Biaya yang dikenakan tidak wajar
- 7. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

Kasus Posisi (Tambahkan Kertas Bila Perlu)

.....
.....

Hari/Tanggal Tanggapan Atas Keberatan Akan Diberikan:
[tanggal], [bulan], [tahun] [diisi oleh petugas]****

Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya kami ucapkan terima kasih.

Palangka Raya ,

Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

Nama dan Tanda Tangan



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso no.09 Palangka Raya 73112,
Telepon . (0536) 4270391 Faksimale. 4270391
Laman : dinkes.kalteng.go.id Pos-el : dinkes@kalteng.go.id

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Berdasarkan permintaan Informasi pada tanggal.....bulantahun
..... dengan nomor pendaftaran, kami menyampaikan kepada
Saudara/i :

Nama :.....
Alamat :.....
No.Hp./Email :.....

Pemberitahuan sebagai berikut:

A. Informasi dapat diberikan

No.	Hal–hal terkait informasi publik	Keterangan	
1.	Penguasaan informasi publik	☐ Kami ☐ Badan Publik lain, yaitu.....	
2.	Bentuk fisik yang tersedia	☐ <i>Softcopy</i> (termasuk rekaman) ☐ <i>Hardcopy</i> / salinan tertulis	
3.	Biaya yang dibutuhkan	☐ Penyalinan	Rp.....x.....lbr=Rp.....
		☐ Pengiriman	Rp.
		☐ Lain–lain	Rp.
		Jumlah	Rp.
4.	Waktu penyediaan	 hari	
5.	Penjelasan penghitaman/pengaburan informasi yang dimohon:		

B. Informasi tidak dapat diberikan karena:

- ☐ Informasi yang diminta belum dikuasai
- ☐ Informasi yang diminta belum di dokumentasikan dilakukan dalam jangka waktu.....

PalangkaRaya,.....

Pejabat Pengelola Informasi&
Dokumentasi (PPID),

(.....)