



**PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Mojopahit No. 667, SIDOARJO Kode Pos 61215

Telepon (031) 8961649, Fax. 8943237

Email: rsud@sidoarjokab.go.id Website : www.rsd.sidoarjokab.go.id

NO.* :/TPPID/RSUDSDA/PI/.....

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertandatangan dibawah ini, mengajukan permohonan informasi :

Nama Pemohon Informasi :
Nomor KTP :
Alamat Pemohon Informasi :
Nomor Telepon/ HP :
Email :
Informasi Yang Dibutuhkan :

Alasan Permintaan Informasi :
.....

Nama Pengguna Informasi :
Nomor KTP :
Alamat Pengguna Informasi :
Nomor Telepon/ HP :
Email :
Alasan Penggunaan Informasi :

Cara Memperoleh Informasi** : 1. Offline (Langsung); 2. Online (Email);

Format Bahan Informasi** : 1. Tercetak; 2. Terekam;

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

Sidoarjo,[tanggal], [bulan], [tahun].....***

Petugas Pelayanan Informasi

(Penerima)

Pemohon

(.....)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

Nama dan Tanda Tangan

KETERANGAN:

* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan informasi publik

** Pilih salah satu dengan memberi tanda (✓)

*** Diisi dengan tanggal diterimanya formulir permohonan oleh petugas