



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA  
DINAS KESEHATAN  
UPTD.PUSKESMAS HARAPAN BARU**

Jalan Kurnia Makmur No. 83 Samarinda 75131  
Telpon (0541) 260039, Pos - el : [upt.pkmharapanbaru@gmail.com](mailto:upt.pkmharapanbaru@gmail.com)  
Laman : <http://pkm-harapan-baru.samarindakota.go.id>

Lampiran 1 : Format Surat Keputusan PPID Tentang Penolakan Permohonan

**SURAT KEPUTUSAN PPID TENTANG PENOLAKAN PERMOHONAN**

No.Pendaftaran \* : .....

Nama : .....

Alamat : .....

No. Telp/E-mail .....

Rincian Informasi yang dibutuhkan.....

.....

.....

PPID memutuskan bahwa informasi yang dimohon adalah :

**INFORMASI YANG DIKECUALIKAN**

Pengecualian Informasi didasarkan pada alasan :

- ✓ Pasal 17 huruf ..... ..UU KIP \*\*
- ✓ Pada alasan Pasal ... Undang – Undang \*\*\* .....

Bahwa berdasarkan Pasal-Pasal di atas, membuka informasi tersebut dapat menimbulkan konsekuensi sebagai berikut.....

.....

Dengan demikian menyatakan bahwa :

**PERMOHONAN INFORMASI DITOLAK**

Jika Pemohon Informasi keberatan atas penolakan ini maka Pemohon Informasi dapat mengajukan keberatan kepada atasan PPID selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak menerima Surat Keputusan ini.

.....tempat , .....tanggal,bulan,dan tahun\*\*\*\*

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

(.....)  
Nama dan Tanda Tangan

**Keterangan:**

- \* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik.
- \*\* Diisi oleh PPID sesuai dengan pengecualian pada Pasal 17 huruf a – i UU KIP.
- \*\*\* Sesuai dengan Pasal 17 huruf j UU KIP, diisi oleh PPID sesuai dengan pasal pengecualian dalam undangundang lain yang mengecualikan informasi yang dimohon tersebut (sebutkan pasal dan undang-undangnya).
- \*\*\*\* Diisi oleh petugas dengan memperhatikan batas tentang jangka waktu pemberitahuan tertulis sebagaimana diatur dalam UU KIP dan Peraturan ini.