



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**  
**DINAS KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM**  
 Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035  
 Laman :http://rsjdahm.kaltimprov.go.id Pos-el : rsjdahm@gmail.com

**SURAT KEPUTUSAN PPID TENTANG PENOLAKAN PERMOHONAN**

No. Pendaftaran:\* .....

Nama : .....  
 Alamat : .....  
 No. Telp/Email : .....  
 Rincian Informasi yang dibutuhkan : .....

PPID memutuskan bahwa Informasi yang dimohon adalah:

**INFORMASI YANG DIKECUALIKAN**

Pengecualian Informasi didasarkan pada alasan	}	Pasal 17 huruf ..... UU KIP. **
	:	Pasal ... Undang-Undang ....

Bahwa berdasarkan Pasal-Pasal di atas, membuka Informasi tersebut dapat menimbulkan konsekuensi sebagai berikut:

.....  
 .....

**PERMOHONAN INFORMASI DITOLAK**

Dengan demikian menyatakan bahwa:

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 & Tandatangan

**Keterangan:**

- \* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik.
- \*\* Diisi oleh PPID sesuai dengan pengecualian pada Pasal 17 huruf a – i UUKIP.
- \*\*\* Sesuai dengan Pasal 17 huruf j UU KIP, diisi oleh PPID sesuai dengan pasal pengecualian dalam undang-undang 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.