



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS SAMARINDA KOTA

JL. BHAYANGKARA NO.04 Samarinda 75121
Telepon (0541) 7809722 Email : puskesmassamkot@gmail.com

SURAT KEPUTUSAN PPID TENTANG PENOLAKAN INFORMASI

No. Registrasi : 300.2.11/PPID-PKMSAMKOT/..... /100.02.026

Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor Telepon/E-mail :
Rincian Informasi yang diminta :
(tambahkan kertas bila perlu) :

PPID memutuskan Bahwa Informasi
yang dimohon adalah

INFORMASI YANG DIKECUALIKAN

Pengecualian Informasi Pasal Undang-Undang.....
didasarkan pada alasan

Bahwa berdasarkan Pasal-pasal diatas, 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

Samarinda, (...../...../.....)

Petugas PPID

(.....)
Nama dan Tanda Tangan