



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI**

Jl. dr. Lukmonohadi No. 19 Kudus 59348 Telp.(0291) 444001 Fax. (0291) 438195  
 Email : [rsuddrloekmonohadi@kuduskab.go.id](mailto:rsuddrloekmonohadi@kuduskab.go.id), [rsudkudus@yahoo.co.id](mailto:rsudkudus@yahoo.co.id)  
 Website : [www.rsuddrloekmonohadi.kuduskab.go.id](http://www.rsuddrloekmonohadi.kuduskab.go.id)



**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:

.....  
 .....  
 .....

**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 & Tandatangan

**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 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.