

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

RECEPCION		
Lugar:	Fecha (dd/mm/aaaa):	Hora (hh:mm):

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA		
NOMBRE:		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
DATOS OPCIONALES		
<i>Información utilizada únicamente para fines estadísticos</i>		
RFC: _____	CURP: _____	SEXO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO(dd/mm/aaaa): _____	OCUPACION: _____	

PERSONA MORAL		
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO		
CALLE: _____	NUM. EXTERIOR: _____	NUM. INTERIOR: _____
ENTIDAD FEDERATIVA _____	MUNICIPIO: _____	C.P. _____
COLONIA O LOCALIDAD: _____	TELEFONO (Opcional): _____	

SUJETO OBLIGADO AL QUE SOLICITA LA INFORMACION:

INFORMACION SOLICITADA

DESCRIPCION CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACION QUE SOLICITA:

CUALQUIER OTRO DETALLE QUE FACILITE LA BUSQUEDA DE LA INFORMACION:

MODALIDAD DE ENTREGA:
<p>Elija con una "X" la opción deseada:</p> <p>Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/> Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/> CD-ROM (Con costo) <input type="checkbox"/></p> <p>Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/> Disquete 3.5" (Con costo) <input type="checkbox"/> OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:)</p>

DOCUMENTOS ANEXOS:

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO
(OPCIONAL)

FORMATO DE ACLARACIÓN

RECEPCION

Lugar:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Hora (hh:mm):

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

PERSONA MORAL

RAZON O
DENOMINACION
SOCIAL:

NOMBRE DEL
REPRESENTANTE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

FECHA DE NOTIFICACION DEL REQUERIMIENTO DE ACLARACION (dd/mm/aaaa)

DATOS A COMPLETAR, CORREGIR, AMPLIAR O ACLARAR

DOCUMENTOS ANEXOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA

**FIRMA O HUELLA
PROTESTO LO NECESARIO
(OPCIONAL)**

FORMATO DE RECEPCION DE INFORMACION PUBLICA

RECEPCION		
Lugar:	Fecha (dd/mm/aaaa):	Hora (hh:mm):

RECIBE

PERSONA FISICA			
NOMBRE:			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

PERSONA MORAL			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL:			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

SUJETO OBLIGADO QUE ENTREGA O PONE A DISPOSICION LA INFORMACION:

LUGAR DONDE SE ENTREGA O SE PONE A DISPOSICION LA INFORMACION:

INFORMACION ENTREGADA O DISPUESTA:

OBSERVACIONES:

IDENTIFICACION PRESENTADA

CREDENCIAL DE ELECTOR	<input type="checkbox"/>
PASAPORTE	<input type="checkbox"/>
LICENCIA DE CONDUCIR	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

MODALIDAD DE RECEPCION DE LA INFORMACION

DISPOSICIÓN	<input type="checkbox"/>
ENTREGA	<input type="checkbox"/>
COPIA SIMPLE	<input type="checkbox"/>
COPIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/>
CD	<input type="checkbox"/>
DISKETTE	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE
ENTREGA O PONE A DISPOSICIÓN**

FORMATO DE RECURSO DE REVISION

RECEPCION		
Lugar: _____	Fecha (dd/mm/aaaa): _____	Hora (hh:mm): _____

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

PERSONA MORAL			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

DOMICILIO PARA OÍR NOTIFICACIONES
CALLE: _____ NUM. EXTERIOR: _____ NUM. INTERIOR: _____
COLONIA O LOCALIDAD _____ MUNICIPIO: _____ C.P. _____
ENTIDAD FEDERATIVA _____ TELEFONO (Opcional): _____ - _____

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACION

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMIITIO

ACTO IMPUGNADO

LUGAR Y FECHA DE LA EMISION DEL ACTO

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd/mm/aaaa)

NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES

--

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder <input type="checkbox"/>	Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/>
Copia de la resolución <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar) <input type="checkbox"/>

--

NOMBRE DEL RECURRENTE

--

FECHA

--

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO (OPCIONAL)