

FORMATO DE RECURSO DE REVISION PARA SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA			
<table style="width: 100%; border: none;"> <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: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) </div>

DOMICILIO PARA OIR 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 EMITIO

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				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Poder <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Copia de la resolución <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	Poder <input type="checkbox"/>	Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/>	Copia de la resolución <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> _____
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