

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							
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;"> RAZON O DENOMINACION SOCIAL: NOMBRE DEL REPRESENTANTE: </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;"> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	RAZON O DENOMINACION SOCIAL: NOMBRE DEL REPRESENTANTE:			<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: NOMBRE DEL REPRESENTANTE:							
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)					

DOMICILIO PARA OIR NOTIFICACIONES									
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">CALLE: _____</td> <td style="width: 20%;">NUM. EXTERIOR: _____</td> <td style="width: 30%;">NUM. INTERIOR: _____</td> </tr> <tr> <td>COLONIA O LOCALIDAD _____</td> <td>MUNICIPIO: _____</td> <td>C.P. _____</td> </tr> <tr> <td>ENTIDAD FEDERATIVA _____</td> <td>TELEFONO (Opcional): _____ - _____</td> <td></td> </tr> </table>	CALLE: _____	NUM. EXTERIOR: _____	NUM. INTERIOR: _____	COLONIA O LOCALIDAD _____	MUNICIPIO: _____	C.P. _____	ENTIDAD FEDERATIVA _____	TELEFONO (Opcional): _____ - _____	
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