

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA
NOMBRE: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) </div>
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: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) </div>

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

DOCUMENTOS ANEXOS:

--

NOMBRE DEL SOLICITANTE

--

FECHA DE SOLICITUD

--

FIRMA O HUELLA
PROTESTO LO NECESARIO