

Museo Laberinto de las Ciencias y las Artes

Solicitud de información

Datos de la Recepción

No. de Solicitud	Lugar	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM/)

Datos del Solicitante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Descripción de la información que solicita

Forma de entrega de la información que solicita *(marque con X la opción deseada)*

Consulta Directa (Consulta Física)	Copia Simple (Términos de la Ley)	Copia Certificada (Términos de la Ley)	Medio Magnético (Aportación del Medio)	Correo Electrónico

En caso de seleccionar correo electrónico, favor de proporcionarlo

Correo electrónico	
--------------------	--

Firma del Solicitante