



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"/>
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:		
Elija con una "X" la opción deseada ó especifique:		
Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/>	Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/>	Correo electrónico (Sin costo) _____
Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/>	Medio magnético (Con costo) <input type="checkbox"/>	OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:) _____

DOCUMENTOS ANEXOS:		

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA O HUELLA
PROTESTO LO NECESARIO