

SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

(Art. 146) de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí

SOLICITUD NÚMERO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DATOS DEL SOLICITANTE ( \*Datos Obligatorios )

Nombre completo: \_\_\_\_\_

\*Domicilio para recibir notificaciones: \*Calle: \_\_\_\_\_ \*No. \_\_\_\_\_

no. teléfono \_\_\_\_\_ \*Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Si lo desea, nombre otra persona para notificarle en su nombre:

DESCRIBA LOS DOCUMENTOS O INFORMACIÓN QUE SOLICITA: (En caso necesario anexar las hojas que le permitan completar su solicitud).

FORMA COMO DESEA RECIBIR LA INFORMACIÓN: (Elija con una "X" la opción deseada)

Las copias simples o certificadas que le Requiera serán Entregadas una vez que presente en la Unidad de Transparencia el recibo de pago correspondiente

Verbalmente  Siempre y cuando sea para fines de orientación – Sin costo
Consulta Directa  Consulta física en la dependencia o entidad –Sin costo
Copia Simple  Con costo (en los términos de la Ley Fiscal aplicable) y Art 165 de la LTAIPSLP
Copia Certificada  Con costo (en los términos de la Ley Fiscal aplicable) y Art 165 de la LTAIPSLP
C.D.  Con costo (en los términos de la Ley Fiscal aplicable)
Otro tipo de medio (especificar) \_\_\_\_\_

LEYENDA DE PROTECCIÓN DE DATOS
\*Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el sistema de datos personales, el cual fue registrado en el listado de sistemas de datos personales ante la Comisión Estatal de Garantía de Acceso a la Información Pública (www.ceaip.org.mx), los que podrán ser transmitidos en los supuestos que establece la Ley. Lo anterior se informa en cumplimiento de la norma Décima Cuarta de los Normas para el Tratamiento y Protección de Datos Personales, publicados en el Periódico Oficial del Estado el 16 de Agosto de 2008.
Declaro que conozco de forma completa e informada el tratamiento que se dará a mi información personal.
 Autorizo su tratamiento  No autorizo su tratamiento

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

Sello de Recibido de la Entidad