

FORMATO DE RECURSO DE REVISION

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

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
_____	_____	_____				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)				

PERSONA MORAL								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;"> RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
_____	_____	_____						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						

DOMICILIO PARA OÍR NOTIFICACIONES									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">CALLE: _____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NUM. EXTERIOR: _____</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NUM. INTERIOR: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">COLONIA O LOCALIDAD _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">MUNICIPIO: _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">C.P. _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ENTIDAD FEDERATIVA _____</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">TELEFONO (Opcional): _____ - _____</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 EMIITIO

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

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 (OPCIONAL)