

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

DOCUMENTOS ANEXOS:

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO
(OPCIONAL)