



## FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

DATOS DEL SOLICITANTE
-----------------------

PERSONA FISICA		
<b>NOMBRE:</b>		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
<small>DATOS OPCIONALES</small>		
<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:	
<b>Elija con una "X" la opción deseada:</b>	
Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/>	Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/>
Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/>	Disquete 3.5" (Con costo) <input type="checkbox"/>
	CD-ROM (Con costo) <input type="checkbox"/>
	OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:)



DOCUMENTOS ANEXOS:

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

**FECHA DE SOLICITUD**

**FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO (OPCIONAL)**