

### FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

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

PERSONA FISICA				
<b>NOMBRE:</b>				
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
<b>DATOS OPCIONALES</b>				
<i>Información utilizada únicamente para fines estadísticos</i>				
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>RFC:</b> _____</td> <td style="width: 20%;"><b>CURP:</b> _____</td> <td style="width: 20%;"><b>SEXO:</b> FEMENINO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">MASCULINO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>RFC:</b> _____	<b>CURP:</b> _____	<b>SEXO:</b> FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>
<b>RFC:</b> _____	<b>CURP:</b> _____	<b>SEXO:</b> FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO(dd/mm/aaaa):</b> _____				
<b>OCUPACION:</b> _____				

PERSONA MORAL			
<b>RAZON O DENOMINACION SOCIAL:</b> _____			
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE:</b>			
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

DOMICILIO		
<b>CALLE:</b> _____	<b>NUM. EXTERIOR:</b> _____	<b>NUM. INTERIOR:</b> _____
<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b> _____	<b>MUNICIPIO:</b> _____	<b>C.P.</b> _____
<b>COLONIA O LOCALIDAD:</b> _____	<b>TELEFONO (Opcional):</b> _____	

<b>SUJETO OBLIGADO AL QUE SOLICITA LA INFORMACION:</b>

INFORMACION SOLICITADA
------------------------

<b>DESCRIPCION CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACION QUE SOLICITA:</b>

<b>CUALQUIER OTRO DETALLE QUE FACILITE LA BUSQUEDA DE LA INFORMACION:</b>

MODALIDAD DE ENTREGA:						
Elija con una "X" la opción deseada:						
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">CD-ROM (Con costo) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/></td> <td>Disquete 3.5" (Con costo) <input type="checkbox"/></td> <td>OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:)</td> </tr> </table>	Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/>	Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/>	CD-ROM (Con costo) <input type="checkbox"/>	Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/>	Disquete 3.5" (Con costo) <input type="checkbox"/>	OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:)
Copias Simples (Con costo) <input type="checkbox"/>	Consulta directa (Sin costo) <input type="checkbox"/>	CD-ROM (Con costo) <input type="checkbox"/>				
Copias Certificadas (Con Costo) <input type="checkbox"/>	Disquete 3.5" (Con costo) <input type="checkbox"/>	OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar:)				

<b>DOCUMENTOS ANEXOS:</b>

[Empty rectangular box]

[Empty rectangular box]

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

[Empty rectangular box]

**FECHA DE SOLICITUD**

[Empty rectangular box]

**FIRMA O HUELLA  
PROTESTO LO NECESARIO**