**SOLITUD DE INFORMACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **FOLIO:** |  |
| **FECHA DE RECEPCIÓN:** |  |

**DATOS DEL SOLICITANTE**

**Nombre Completo Persona Física (Opcional)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno:** |  |
| **Apellido Materno:** |  |
| **Nombre (s):** |  |

**Nombre del Representante (en caso de nombrar representante).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno:** |  |
| **Apellido Materno:** |  |
| **Nombre (s):** |  |

**Nombre, denominación o razón social (en caso de ser persona moral)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación o Razón social:** |  |
| **Nombre (s) del (de los) representante (s) para oír y recibir notificaciones** |  |
| **Señalar y adjuntar documentos con lo que acredite su representación:** |  |

**MEDIO PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN O NOTIFICACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Correo electrónico:*** |  |
| ***Domicilio:***  Calle:  Núm. Ext:  Núm. Int:  Colonia:  C.P:  Municipio:  Teléfono (s): |  |
| **Acudir ante la Unidad de Transparencia** | |
| **Plataforma Nacional de Transparencia** | |

**DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:**

|  |
| --- |
|  |

**MODALIDAD EN QUE DESEA LE SEA ENTREGADA LA INFORMACIÓN:** (señalar con una x la opción deseada)

|  |  |
| --- | --- |
| Consulta Directa: |  |
| Copia Simple:  Más de 20 hojas con costo |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Copia Certificada costo : |  |
| Digitalizada: |  |
| Otro  Especificar: |  | |