

FORMATO SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Folio: _____

Fecha de solicitud: _____

Hora : _____

Nombre del solicitante o datos del representante (opcional):

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Denominación o razón social del sujeto obligado al que se le solicita información:

Solicitud de información:



Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional):

Medio para recibir la información o notificaciones:

- Entrega por el Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
- Domicilio
- Acudir a la Unidad de Transparencia
- Estrados de la Unidad de Transparencia
- Correo electrónico: _____

Indique cómo desea recibir la información:

- Electrónico gratuito:
 - Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
- Audio
 - Dispositivos de almacenamiento que proporcione el solicitante
- Electrónico con costo:
 - Disco Compacto
- Consulta directa
- Copias simples
- Copias certificadas
- Reproducción en otro medio: _____

Medidas de accesibilidad (opcional):

Lengua Indígena (para facilitar la traducción indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante): _____

Formato accesible (y/o preferencia de accesibilidad): _____



Lugar de estacionamiento para persona con discapacidad;
Asistencia de intérpretes oficiales de la lengua de señas;
Brindar las facilidades para el acceso de perros guía o animales de apoyo;
Apoyo en la lectura de documentos;

Otras (indique cuáles) _____

Domicilio para recibir notificaciones (opcional):

Calle

Número exterior

Número Interior

Colonia

Delegación/ Municipio

Código Postal

Estado

País

Otros medios para recibir notificaciones:

Este apartado puede ser utilizado también para complementar datos de cualquier rubro en los que el espacio sea insuficiente, o bien, para las anotaciones del seguimiento que se le dé al trámite:



Solicitud para no cubrir el pago de reproducción y envío atendiendo a circunstancias socioeconómicas (sujeto a valoración de la Unidad de Transparencia):

Indique bajo protesta de decir verdad las razones que le impiden cubrir los costos de reproducción y/o envío.

Plazos:

Respuesta a la solicitud	20 días hábiles
Requerimiento de información adicional a la solicitud.	5 días hábiles
Desahogo del requerimiento	10 días hábiles
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación	30 días hábiles
Pago de derechos (en su caso)	30 días hábiles

Información opcional para fines estadísticos:

Sexo: Femenino Masculino Año de nacimiento: _____
 Forma parte de un pueblo indígena: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación (seleccione una opción):

Ámbito académico	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/>
Profesor	<input type="checkbox"/> Profesor e investigador	<input type="checkbox"/> Técnico docente	<input type="checkbox"/>
Trabajador administrativo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ámbito empresarial	<input type="checkbox"/>
Sector primario	<input type="checkbox"/> Sector secundario	<input type="checkbox"/> Sector terciario	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ámbito gubernamental	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/>
Federal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/> Federal - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/>
Estatad - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
Estatad - Organismo constitucional	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	<input type="checkbox"/>



autónomo			
Internet	<input type="checkbox"/>	Medio impreso	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	Medios internacionales	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Televisión	<input type="checkbox"/>
		Dos o más medios de comunicación	<input type="checkbox"/>
		Organizaciones no gubernamentales nacionales	<input type="checkbox"/>
Organización no gubernamentales internacional	<input type="checkbox"/>	Partidos políticos	<input type="checkbox"/>
		Asociación política	<input type="checkbox"/>
Sindicatos	<input type="checkbox"/>	Empleado u obrero	<input type="checkbox"/>
Comerciante	<input type="checkbox"/>	Ejidatario	<input type="checkbox"/>
Asociaciones de colonos	<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola	<input type="checkbox"/>
		Asociaciones civiles	<input type="checkbox"/>
Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>	Cooperativas	<input type="checkbox"/>
		Instituciones de asistencia privada	<input type="checkbox"/>
Nivel educativo (seleccione una opción):			
Sin instrucción formal	<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
		Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
		Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/>
Bachillerato completo	<input type="checkbox"/>	Técnico superior incompleto	<input type="checkbox"/>
		Técnico superior completo	<input type="checkbox"/>
Profesional Técnico	<input type="checkbox"/>	Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/>
		Licenciatura terminada	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal superior	<input type="checkbox"/>
		Diplomado con licenciatura	<input type="checkbox"/>
Diplomado sin licenciatura	<input type="checkbox"/>	Posgrado incompleto	<input type="checkbox"/>
		Posgrado completo	<input type="checkbox"/>
Maestría incompleta	<input type="checkbox"/>	Maestría completa	<input type="checkbox"/>
		Doctorado incompleto	<input type="checkbox"/>
Doctorado completo	<input type="checkbox"/>	Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>

UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

PALACIO MUNICIPAL S/N COL. CENTRO

TELF. (284) 94 40051

HORARIO DE 9:00 a.m. A 15:00 p.m.

DE LUNES A VIERNES.

LERDO DE TEJADA, VER.

