

# 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
-----------------	-----------------	---------	-----------------------



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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Año de nacimiento: _____
Forma parte de un pueblo indígena: _____	Nacionalidad: _____
Ocupación (seleccione una opción):	
<b>Ámbito académico</b> <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"/> <b>Ámbito empresarial</b> <input type="checkbox"/>
Sector primario <input type="checkbox"/>	Sector secundario <input type="checkbox"/> Sector terciario <input type="checkbox"/>
Otro: _____ <input type="checkbox"/>	<b>Ámbito gubernamental</b> <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"/>	Estatad - Poder Legislativo <input type="checkbox"/> Estatad - Poder Judicial <input type="checkbox"/>
Estatad - Organismo constitucional autónomo <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/> <b>Medios de comunicación</b> <input type="checkbox"/>
Internet <input type="checkbox"/>	Medio impreso <input type="checkbox"/> Medios internacionales <input type="checkbox"/>
Radio <input type="checkbox"/>	Televisión <input type="checkbox"/> Dos o más medios de comunicación <input type="checkbox"/>
Otro: _____ <input type="checkbox"/>	Ama de casa <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"/> Ejidatario <input type="checkbox"/>
Comerciante <input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Asociaciones civiles <input type="checkbox"/>
Asociaciones de colonos <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/> Instituciones de asistencia privada <input type="checkbox"/>
Otros no incluidos: _____ <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"/>