

## FORMATO DE RECURSO DE REVISION PARA SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

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

PERSONA FISICA			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

PERSONA MORAL			
<b>RAZON O DENOMINACION SOCIAL:</b> _____			
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE:</b> _____			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

DOMICILIO PARA OÍR NOTIFICACIONES																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">CALLE:</td> <td style="width: 33%;">NUM. EXTERIOR:</td> <td style="width: 33%;">NUM. INTERIOR:</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td>COLONIA O LOCALIDAD</td> <td>MUNICIPIO:</td> <td>C.P.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td>ENTIDAD FEDERATIVA</td> <td>TELEFONO (Opcional):</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	CALLE:	NUM. EXTERIOR:	NUM. INTERIOR:				COLONIA O LOCALIDAD	MUNICIPIO:	C.P.				ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (Opcional):				
CALLE:	NUM. EXTERIOR:	NUM. INTERIOR:																
COLONIA O LOCALIDAD	MUNICIPIO:	C.P.																
ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO (Opcional):																	

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACION
-------------------------------

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMIITIO

ACTO IMPUGNADO

LUGAR Y FECHA DE LA EMISION DEL ACTO

<b>FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd/mm/aaaa)</b>	
--	--

<b>NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD</b>	
---	--

<b>RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD</b>	
--	--

**PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES**

**DOCUMENTOS ANEXOS**

Poder <input type="checkbox"/>	Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/>
Copia de la resolución <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar) <input type="checkbox"/>

**NOMBRE DEL RECURRENTE**

**FECHA**

**FIRMA O HUELLA  
PROTESTO LO NECESARIO**