

# 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):

<b>Medio para recibir la información o notificaciones:</b>			
<input type="checkbox"/> Entrega por el Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información			
<input type="checkbox"/> Domicilio			
<input type="checkbox"/> Acudir a la Unidad de Transparencia			
<input type="checkbox"/> Estrados de la Unidad de Transparencia			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____			
<b>Indique cómo desea recibir la información:</b>			
Electrónico gratuito:			
<input type="checkbox"/> Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información			
Audio			
<input type="checkbox"/> Dispositivos de almacenamiento que proporcione el solicitante			
Electrónico con costo:			
<input type="checkbox"/> Disco Compacto			
<input type="checkbox"/> Consulta directa			
<input type="checkbox"/> Copias simples			
<input type="checkbox"/> Copias certificadas			
Reproducción en otro medio: _____			
<b>Medidas de accesibilidad (opcional):</b>			
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;			
<input type="checkbox"/> Otras (indique cuáles) _____			
<b>Domicilio para recibir notificaciones (opcional):</b>			
Calle			
_____			
Número exterior	Número Interior	Colonia	Delegación/ Municipio
_____			
Código Postal	Estado	País	
_____			



# FORMATO SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN



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
Profesor	<input type="checkbox"/> Profesor e investigador	<input type="checkbox"/> Técnico docente
Trabajador administrativo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Ámbito empresarial</b>
Sector primario	<input type="checkbox"/> Sector secundario	<input type="checkbox"/> Sector terciario
Otro: _____	<input type="checkbox"/> <b>Ámbito gubernamental</b>	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Ejecutivo
Federal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/> Federal - Organismo constitucional autónomo
Estatad - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Judicial
Estatad - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> <b>Medios de comunicación</b>
Internet	<input type="checkbox"/> Medio impreso	<input type="checkbox"/> Medios internacionales
Radio	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Dos o más medios de comunicación
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Organizaciones no gubernamentales nacionales
Organización no gubernamentales internacional	<input type="checkbox"/> Partidos políticos	<input type="checkbox"/> Asociación política
Sindicatos	<input type="checkbox"/> Empleado u obrero	<input type="checkbox"/> Ejidatario
Comerciante	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola	<input type="checkbox"/> Asociaciones civiles
Asociaciones de colonos	<input type="checkbox"/> Cooperativas	<input type="checkbox"/> Instituciones de asistencia privada
Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>	
Nivel educativo (seleccione una opción):		
Sin instrucción formal	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto
Bachillerato completo	<input type="checkbox"/> Técnico superior incompleto	<input type="checkbox"/> Técnico superior completo
Profesional Técnico	<input type="checkbox"/> Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/> Licenciatura terminada
Normal	<input type="checkbox"/> Normal superior	<input type="checkbox"/> Diplomado con licenciatura
Diplomado sin licenciatura	<input type="checkbox"/> Posgrado incompleto	<input type="checkbox"/> Posgrado completo
Maestría incompleta	<input type="checkbox"/> Maestría completa	<input type="checkbox"/> Doctorado incompleto
Doctorado completo	<input type="checkbox"/> Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>