



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
----------------------	---------------	-------------



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