

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

| | |
|---|---|
| Fecha de Solicitud: _____ | |
| Número de Solicitud: _____ | |
| Nombre del Solicitante: _____ <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Persona Jurídica | |
| En caso de que el Solicitante sea persona jurídica: Nombre del Representante: _____ <input type="checkbox"/> Incluyó certificación acreditativa de autorización de representación <input type="checkbox"/> No incluyó certificación acreditativa de autorización de representación | |
| Dirección física: _____ _____ _____ | Dirección Postal: _____ _____ _____ |
| Correo electrónico: _____ | Teléfono: _____ |

INFORMACIÓN SOLICITADA:

| |
|--|
| Explicación: |
| Departamento que custodia la información solicitada: _____ |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inspeccionar o Examinar la información <input type="checkbox"/> Copia de la Información Solicitada Número de Recibo de pago: _____ | Formato solicitado para la información pública: <input type="checkbox"/> Escrito (copia) <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| _____ Firma del Solicitante | |
| _____ Oficial de Información | <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado |