

FORMATO DE RECEPCION DE INFORMACION PUBLICA

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

RECIBE

PERSONA FISICA			
NOMBRE:			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

PERSONA MORAL			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL:			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

SUJETO OBLIGADO QUE ENTREGA O PONE A DISPOSICION LA INFORMACION:	
--	--

LUGAR DONDE SE ENTREGA O SE PONE A DISPOSICION LA INFORMACION:	
--	--

INFORMACION ENTREGADA O DISPUESTA:	
------------------------------------	--

OBSERVACIONES:	
----------------	--

IDENTIFICACION PRESENTADA

CREDENCIAL DE ELECTOR	<input type="checkbox"/>
PASAPORTE	<input type="checkbox"/>
LICENCIA DE CONDUCIR	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>
Especifique _____	
NUMERO DE FOLIO O CREDENCIAL	_____

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE

MODALIDAD DE RECEPCION DE LA INFORMACION

DISPOSICION	<input type="checkbox"/>	ENTREGA	<input type="checkbox"/>
		COPIA SIMPLE	<input type="checkbox"/>
		COPIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/>
		DISKETTE	<input type="checkbox"/>
		CD	<input type="checkbox"/>
		OTRO	<input type="checkbox"/>

Especifique _____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE ENTREGA O PONE A DISPOSICION
