

FORMATO DE RECURSO DE REVISION PARA ACCESO Y/O CORRECIÓN DE DATOS PERSONALES

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

DATOS DEL SOLICITANTE

| PERSONA FISICA | | |
|------------------|------------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |

| DOMICILIO PARA OIR NOTIFICACIONES | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 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 |
|--------------------------------------|
| |

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

| NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD |
|--|
| |

| RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD |
|---------------------------------------|
| |

| PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES |
|---|
| |

| DOCUMENTOS ANEXOS | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Copia de la resolución <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> | Poder <input type="checkbox"/> | Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/> | Copia de la resolución <input type="checkbox"/> | Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> _____ |
| 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**