



FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN EN CONTRA DE LAS RESPUESTAS A LAS SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.

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

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

DOMICILIO PARA OÍR NOTIFICACIONES		
CALLE:	NUM. EXTERIOR:	NUM. INTERIOR:
COLONIA O LOCALIDAD:		
MUNICIPIO:		
C.P.		
ENTIDAD FEDERATIVA:		
TELÉFONO (OPCIONAL)		

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACION	
SUJETO OBLIGADO QUE LO EMIITIO	

ACTO IMPUGNADO	

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD	

LUGAR Y FECHA DE LA EMISION DEL ACTO	

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGANDO (dd/mm/aaa)

NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder

Copia de constancia de notificación

Copia de la resolución

Otros (Especificar)

NOMBRE DEL RECURRENTE

FECHA

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO (OPCIONAL)