

FORMATO DE RECURSO DE REVISION

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

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	

PERSONA MORAL			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
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

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