

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"/>

MODALIDAD DE RECEPCION DE LA INFORMACION

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

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE

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