

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"/>									
COPIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/>									
Especifique										
CD	<input type="checkbox"/>									
DISKETTE	<input type="checkbox"/>									
NUMERO DE										
OTRO FOLIO O										
CREDENCIAL										
Especifique										

MODALIDAD DE RECEPCION DE LA INFORMACION

DISPOSICION	<input type="checkbox"/>									
ENTREGA	<input type="checkbox"/>									
COPIA SIMPLE	<input type="checkbox"/>									

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE
