

## FORMATO SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Hora : \_\_\_\_\_

### Nombre del solicitante o datos del representante (opcional):

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

### Denominación o razón social del sujeto obligado al que se le solicita información:

### Solicitud de información:

**Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Medio para recibir la información o notificaciones:**

- Entrega por el Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
- Domicilio
- Acudir a la Unidad de Transparencia
- Estrados de la Unidad de Transparencia
- Correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

**Indique cómo desea recibir la información:**

- Electrónico gratuito:
  - Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
- Audio
  - Dispositivos de almacenamiento que proporcione el solicitante
- Electrónico con costo:
  - Disco Compacto
  - Consulta directa
  - Copias simples
  - Copias certificadas
- Reproducción en otro medio:  
\_\_\_\_\_

**Medidas de accesibilidad (opcional):**

Lengua Indígena (para facilitar la traducción indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante):  
\_\_\_\_\_

Formato accesible (y/o preferencia de accesibilidad):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Solicitud para no cubrir el pago de reproducción y envío atendiendo a circunstancias socioeconómicas (sujeto a valoración de la Unidad de Transparencia):**

Indique bajo protesta de decir verdad las razones que le impiden cubrir los costos de reproducción y/o envío.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Plazos:**

Respuesta a la solicitud	20 días hábiles
Requerimiento de información adicional a la solicitud.	5 días hábiles
Desahogo del requerimiento	10 días hábiles
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación	30 días hábiles
Pago de derechos (en su caso)	30 días hábiles

**Información opcional para fines estadísticos:**

Sexo: Femenino  Masculino  Año de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Forma parte de un pueblo indígena: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

**Ocupación (seleccione una opción):**

<b>Ámbito académico</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/>
Profesor	<input type="checkbox"/> Profesor e investigador	<input type="checkbox"/> Técnico docente	<input type="checkbox"/>
Trabajador administrativo	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<b>Ámbito empresarial</b> <input type="checkbox"/>
Sector primario	<input type="checkbox"/> Sector secundario	<input type="checkbox"/> Sector terciario	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<b>Ámbito gubernamental</b>	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Ejecutivo <input type="checkbox"/>
Federal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/> Federal - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/>



Estatual - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/>	Estatual - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/>	Estatual - Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
Estatual - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/>	Municipal	<input type="checkbox"/>	<b>Medios de comunicación</b>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Medio impreso	<input type="checkbox"/>	Medios internacionales	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	Televisión	<input type="checkbox"/>	Dos o más medios de comunicación	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Organizaciones no gubernamentales nacionales	<input type="checkbox"/>
Organización no gubernamentales internacion	<input type="checkbox"/>	Partidos políticos	<input type="checkbox"/>	Asociación política	<input type="checkbox"/>
Sindicatos	<input type="checkbox"/>	Empleado u obrero	<input type="checkbox"/>	Ejidatario	<input type="checkbox"/>
Comerciante	<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola	<input type="checkbox"/>	Asociaciones civiles	<input type="checkbox"/>
Asociaciones de colonos	<input type="checkbox"/>	Cooperativas	<input type="checkbox"/>	Instituciones de asistencia privada	<input type="checkbox"/>
Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>				
<b>Nivel educativo (seleccione una opción):</b>					
Sin instrucción formal	<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/>
Bachillerato completo	<input type="checkbox"/>	Técnico superior incompleto	<input type="checkbox"/>	Técnico superior completo	<input type="checkbox"/>
Profesional Técnico	<input type="checkbox"/>	Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/>	Licenciatura terminada	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal superior	<input type="checkbox"/>	Diplomado con licenciatura	<input type="checkbox"/>
Diplomado sin licenciatura	<input type="checkbox"/>	Posgrado incompleto	<input type="checkbox"/>	Posgrado completo	<input type="checkbox"/>
Maestría incompleta	<input type="checkbox"/>	Maestría completa	<input type="checkbox"/>	Doctorado incompleto	<input type="checkbox"/>
Doctorado completo	<input type="checkbox"/>	Otros no incluidos: _____			<input type="checkbox"/>