

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
Descripción de la información solicitada:		

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
- Disco Compacto
- Consulta directa
- Copias simples
- Copias certificadas
- Reproducción en otro medio: _____

Para los puntos subrayados deberá cubrir el costo de reproducción previo a recibir la información, presentar comprobante de pago. Con fundamento en los artículos 156, 162 y 163 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla.

Domicilio para recibir notificaciones (opcional):

Calle			
Número exterior	Número Interior	Colonia	Delegación/ Municipio
Código Postal	Estado	País	

Otros medios para recibir notificaciones:

Este apartado puede ser utilizado también para complementar datos de cualquier rubro en los que el espacio sea insuficiente, o bien, para las anotaciones del seguimiento que se le dé al trámite:

--

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 Nacionalidad: _____

Rango de Edad

5 a 9 años	20 a 24 años	35 a 39 años	50 a 54 años
10 a 14 años	25 a 29 años	40 a 44 años	55 a 59 años
15 a 19 años	30 a 34 años	45 a 49 años	60 años en adelante

Ocupación (seleccione una opción):

Ámbito académico	<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"/> Ámbito empresarial	<input type="checkbox"/>
Sector primario	<input type="checkbox"/> Sector secundario	<input type="checkbox"/> Sector terciario	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ámbito gubernamental	<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"/>
Estatat - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
Estatat - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	<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 internacional	<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"/>		<input type="checkbox"/>
Nivel educativo (seleccione una opción):			
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"/>

Dirección: **Plaza de la constitución s/n Zacapoaxtla, Puebla**

Horarios: **Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 horas**

Teléfono: **233 488 5548**

Correo electrónico: **transparencia@zacapoaxtla.gob.mx**

Nombre y firma del Solicitante
