



Sindicato
Zapopan O.P.D.

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

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

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA		
NOMBRE:		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
DATOS OPCIONALES		
Información utilizada únicamente para fines estadísticos		
RFC:	CURP	SEXO
_____	_____	FEMENINO <input type="checkbox"/>
		MASCULINO <input type="checkbox"/>
		OTRO <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO(dd/mm/aaaa)	OCUPACION	
_____	_____	

PERSONA MORAL		
RAZON O DENOMINACION SOCIAL:		

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

DOMICILIO		
CALLE:	NUM EXTERIOR	NUM INTERIOR
_____	_____	_____
ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	C.P.
_____	_____	_____
COLONIA O LOCALIDAD	TELEFONO (S)	
_____	_____	

SUJETO OBLIGADO AL QUE SOLICITA LA INFORMACION

INFORMACION SOLICITADA

DESCRIPCION CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACION QUE SOLICITA

CUALQUIER OTRO DETALLE QUE FACILITE LA BUSQUEDA DE LA INFORMACION

MODALIDAD DE ENTREGA

Elija con una "x" la opción deseada:

Copias simples (con costo)

Consulta directa (sin costo)

Copias autorizadas (con costo)

Otro tipo de medio (especificar)

DOCUMENTOS ANEXOS:

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA DE LA SOLICITUD

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO
(OPCIONAL)