



H. XV AYUNTAMIENTO
LOS CABOS, B.C.S.

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Dirección Municipal de Transparencia y
Acceso a la Información Pública



FOLIO

RECEPCIÓN

Fecha y hora de recepción

Día / Mes / Año HH : MM

DATOS DEL SOLICITANTE

1.Nombre (Opcional)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Nombre, denominación o razón social (en caso de ser persona moral)

Denominación o Razón social

Nombre (s) del (de los) representante (s) para oír y recibir notificaciones y documentos (adjuntar documento que acredite representación).

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres (s)

Seleccione con una "X" el medio por el cual acredita la representación:

() Poder notarial

() Carta Poder

() Otro documento: _____

2. Medio para recibir la información o notificaciones (obligatorio)

Señala con una "X" la opción deseada:

☐

Correo electrónico _____

☐

Domicilio

☐

Acudir ante la Unidad de Transparencia
del Sujeto Obligado

☐

Plataforma Nacional de Transparencia

En caso de seleccionar Domicilio, favor de anotar los siguientes datos:

Calle

Núm. Ext. / Núm. Int.

Entre las calles

Colonia

C.P.

Entidad Federativa

Municipio

Teléfono (s)



H. XV AYUNTAMIENTO
LOS CABOS, B.C.S.

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Dirección Municipal de Transparencia y
Acceso a la Información Pública



3. Descripción clara de la información solicitada (obligatorio)

Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información o documentos que solicita, se sugiere proporcionar todos los datos que considere facilitan su búsqueda.

4. Modalidad en que desea le sea entregada la información (obligatorio)

Señale con una "X" la opción deseada:

☐

Consulta directa

☐

Copia simple

☐

Copia certificada

☐

Reproducción digital

☐

Otros