

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

☐ Correo electrónico

☐ 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):

Lugar de estacionamiento para persona con discapacidad;

Asistencia de intérpretes oficiales de la lengua de señas;

Brindar las facilidades para el acceso de perros guía o animales de apoyo;

Apoyo en la lectura de documentos;

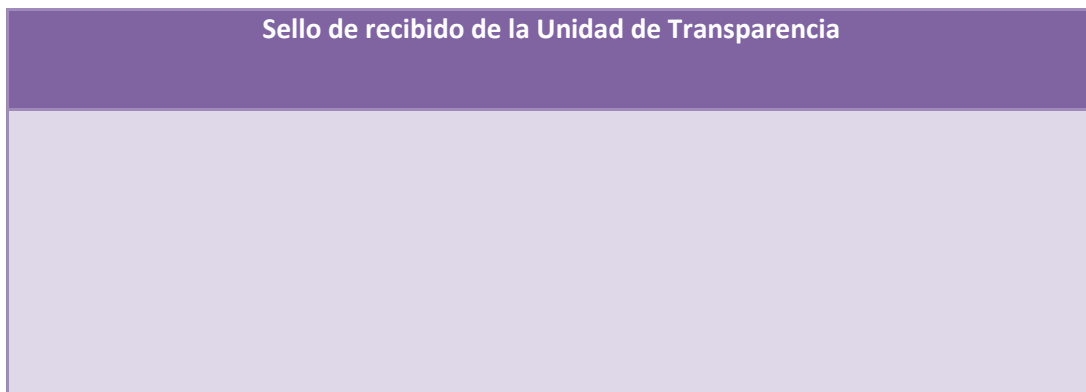
☐ Otras (indique cuáles) _____

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 (sujeito 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):			
Ámbito académico	☐ Estudiante	☐ Investigador	☐
Profesor	☐ Profesor e investigador	☐ Técnico docente	☐
Trabajador administrativo	☐ Otro: _____	☐ Ámbito empresarial	☐
Sector primario	☐ Sector secundario	☐ Sector terciario	☐
Otro: _____	☐ Ámbito gubernamental	☐ Federal - Poder Ejecutivo	☐
Federal - Poder Legislativo	☐ Federal - Poder Judicial	☐ Federal - Organismo constitucional autónomo	☐
Estatad - Poder Ejecutivo	☐ Estatal - Poder Legislativo	☐ Estatal - Poder Judicial	☐
Estatad - Organismo constitucional autónomo	☐ Municipal	☐ Medios de comunicación	☐
Internet	☐ Medio impreso	☐ Medios internacionales	☐
Radio	☐ Televisión	☐ Dos o más medios de comunicación	☐
Otro: _____	☐ Ama de casa	☐ Organizaciones no gubernamentales nacionales	☐
Organización no gubernamentales internacional	☐ Partidos políticos	☐ Asociación política	☐
Sindicatos	☐ Empleado u obrero	☐ Ejidatario	☐
Comerciante	☐ Trabajador agrícola	☐ Asociaciones civiles	☐
Asociaciones de colonos	☐ Cooperativas	☐ Instituciones de asistencia privada	☐
Otros no incluidos: _____	☐		
Nivel educativo (seleccione una opción):			
Sin instrucción formal	☐ Primaria incompleta	☐ Primaria completa	☐
Secundaria incompleta	☐ Secundaria completa	☐ Bachillerato incompleto	☐
Bachillerato completo	☐ Técnico superior incompleto	☐ Técnico superior completo	☐
Profesional Técnico	☐ Licenciatura incompleta	☐ Licenciatura terminada	☐
Normal	☐ Normal superior	☐ Diplomado con licenciatura	☐
Diplomado sin licenciatura	☐ Posgrado incompleto	☐ Posgrado completo	☐
Maestría incompleta	☐ Maestría completa	☐ Doctorado incompleto	☐
Doctorado completo	☐ Otros no incluidos: _____		☐



Unidad de Transparencia del S.U.T.C.G.
Dirección: Calle Hospital # 222 Col. El Retiro C.P. 44280
Correo: transparencia@suthcg.org

Horario de atención al público: De lunes a viernes 8:00 am. A 2:00 pm. ; Tel: 333924400 ext.43910