

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Fecha: _____

Hora: _____

Nombre completo o pseudonimo del solicitante: _____

Dirección para efectos de oír y recibir notificaciones:

Calle: _____ Número Exterior: _____

Número Interior: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico (OPCIONAL): _____

Unidad de Transparencia del Municipio de Dr. González, Nuevo León

Asunto: Solicitud de acceso a información pública

Estimados responsables:

Por medio de la presente, solicito la siguiente información, de conformidad con los artículos 4, 146, 147, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León:

Descripción de la información solicitada:

Cualquier otro dato que facilite su búsqueda y eventual localización:

Modalidad de entrega:

(Indicar si la desea en formato digital, impreso, por correo electrónico, copias etc.)

Atentamente,

Firma (si es en físico)

Nombre completo del solicitante