**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