



## SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

DÍA: \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

### I. Datos opcionales.

\_\_\_\_\_  
*Apellido Paterno*

\_\_\_\_\_  
*Apellido Materno*

\_\_\_\_\_  
*Nombre (s)*

### II. Medio para recibir notificaciones.

*Elija con una "x" la opción deseada.*

- ☐ Plataforma Nacional de Transparencia.
- ☐ Instalaciones de la Dirección de Transparencia, Acceso a Información y Protección de Datos Personales.
- ☐ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- ☐ Por correo postal, mensajería.\*
- ☐ Telégrafo. (Datos de contacto)
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*En caso de seleccionar la opción de correo registrado o mensajería, favor de proporcionar los siguientes datos:

\_\_\_\_\_  
*Calle*

\_\_\_\_\_  
*No. Ext./Int./Depto.*

\_\_\_\_\_  
*Colonia o Fraccionamiento*

\_\_\_\_\_  
*Delegación o Municipio*

\_\_\_\_\_  
*Entidad Federativa*

\_\_\_\_\_  
*Localidad*

\_\_\_\_\_  
*País*

\_\_\_\_\_  
*Código Postal*

### III. Descripción de la información solicitada.

### IV. Modalidad en la que desea le sea entregada la información.

*Elija con una "x" la opción deseada:*

☐ Verbalmente.

*Siempre y cuando sea para fines de orientación. (Sin costo).*

☐ Consulta directa.

*Consulta física en la Dirección de Transparencia. (Sin costo).*

☐ Copias simples.

*En la respuesta se le hará saber; en su caso, los costos de reproducción.*

☐ Copias certificadas.

*Con costo (En respuesta se le hará saber los costos de reproducción).*

☐ Otro tipo de medio (especifique) \_\_\_\_\_

### V. Documentos anexos.

**Consulta nuestro aviso de privacidad en:** <https://fiscaliaveracruz.gob.mx/avisos-de-privacidad/>