

FORMATO DE SOLICITUD DE OPOSICIÓN A DATOS PERSONALES

Folio_____

Fecha de solicitud_____

Hora_____

Nombre del solicitante o datos del representante		
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

Datos a las cuales se opone su tratamiento		
Dato personal	Documento en el que se ubica el dato	Unidad administrativa que resguarda el documento

Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional)

Indique el medio para recibir las notificaciones	
<input type="checkbox"/>	Plataforma Nacional de Transparencia.
<input type="checkbox"/>	Estrados de la Unidad de Transparencia
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico. Indicar
<input type="checkbox"/>	Domicilio. Indicar
<input type="checkbox"/>	Otro. Indicar



Indique como desea recibir la información	
<input type="checkbox"/>	Dispositivos de almacenamiento que proporcione el solicitante. Gratuito
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico. Gratuito Indicar.
<input type="checkbox"/>	Consulta directa. Gratuito
<input type="checkbox"/>	Dispositivos de almacenamiento que proporcione el sujeto obligado. Con costo
<input type="checkbox"/>	Copia Simple. Con costo a partir de la hoja 21.
<input type="checkbox"/>	Copia Certificada. Con costo
Medidas de Accesibilidad	
<input type="checkbox"/>	Lengua Indígena.(para facilitar la traducción indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante)
<input type="checkbox"/>	Formato accesible (y/o preferencia de accesibilidad)
<input type="checkbox"/>	Lugar de estacionamiento para persona con discapacidad.
<input type="checkbox"/>	Asistencia de intérpretes oficiales de la lengua de señas.
<input type="checkbox"/>	Brindar las facilidades para el acceso de perro guías o animales de apoyo
<input type="checkbox"/>	Otra. (indique cuáles)

Este apartado puede ser utilizado también para completar datos de cualquier rubro en los que el espacio será 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 (sujeto 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	10 días hábiles
Requerimiento de información adicional a la solicitud	5 días hábiles
Desahogo del requerimiento de información adicional	10 días hábiles
Notoria Incompetencia	5 días hábiles
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación	30 días hábiles
Pago de derechos (en su caso)	30 días hábiles
Documento con que acredita su identidad	

Información opcional para fines estadísticos	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Año de nacimiento	
Forma parte de algún pueblo indígena.	
Nacionalidad	



Ocupación (seleccione una opción)			
Ámbito académico	Ámbito empresarial	Ámbito Gubernamental	
Profesor <input type="checkbox"/>	Sector primario <input type="checkbox"/>	Federal. Poder Ejecutivo <input type="checkbox"/>	
Trabajador administrativo <input type="checkbox"/>	Sector secundario <input type="checkbox"/>	Federal. Poder Judicial <input type="checkbox"/>	
Estudiante <input type="checkbox"/>	Sector Terciario <input type="checkbox"/>	Federal. Poder Legislativo <input type="checkbox"/>	
Investigador <input type="checkbox"/>	Medios de Comunicación	Federal. Organismo Autónomo <input type="checkbox"/>	
Profesor e investigador <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Estatal. Poder Ejecutivo <input type="checkbox"/>	
Técnico docente <input type="checkbox"/>	Medio Impreso <input type="checkbox"/>	Estatal. Poder Judicial <input type="checkbox"/>	
Otro_____ <input type="checkbox"/>	Medios internacionales <input type="checkbox"/>	Estatal. Poder Legislativo <input type="checkbox"/>	
	Radio <input type="checkbox"/>	Estatal. Organismo Autónomo <input type="checkbox"/>	
	Televisión <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/>	
	Dos o más medios <input type="checkbox"/>		
	Otro_____ <input type="checkbox"/>		
Ama de casa <input type="checkbox"/>	ONG nacional <input type="checkbox"/>	ONG internacional <input type="checkbox"/>	
Partidos Políticos <input type="checkbox"/>	Asociación Política <input type="checkbox"/>	Sindicatos <input type="checkbox"/>	
Empleado u obrero <input type="checkbox"/>	Ejidatario <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	
Trabajador agrícola <input type="checkbox"/>	Asociación civil <input type="checkbox"/>	Asociación de colonos <input type="checkbox"/>	
Cooperativas <input type="checkbox"/>	otros no incluidos_____ <input type="checkbox"/>	Institución de asistencia privada <input type="checkbox"/>	
Nivel educativo (seleccione una opción)			
Sin instrucción formal <input type="checkbox"/>	Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/>	
Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/>	
Bachillerato completo <input type="checkbox"/>	Técnico superior incompleto <input type="checkbox"/>	Técnico superior completo <input type="checkbox"/>	
Profesional Técnico Normal <input type="checkbox"/>	Licenciatura incompleta <input type="checkbox"/>	Licenciatura terminada <input type="checkbox"/>	
Diplomado sin licenciatura <input type="checkbox"/>	Normal superior <input type="checkbox"/>	Diplomado con licenciatura <input type="checkbox"/>	
Maestría incompleta <input type="checkbox"/>	Posgrado incompleto <input type="checkbox"/>	Posgrado completo <input type="checkbox"/>	
Doctorado completo <input type="checkbox"/>	Maestría incompleta <input type="checkbox"/>	Doctorado incompleto <input type="checkbox"/>	
	otros no incluidos_____ <input type="checkbox"/>		