



# SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Unidad de Acceso a la Información Pública

Folio

Fecha  dd  mm  aa

• **Nombre de la Entidad Pública a la que solicita información:**

H. Congreso del Estado de Sinaloa

• **Nombre completo del solicitante:**

\_\_\_\_\_

• **Nombre del representante legal:** (de ser necesario)

Persona Moral

Persona Física

\_\_\_\_\_

• **Información solicitada:** (identificarla de forma clara y precisa)

De requerir espacio adicional, podrá continuarlo en documento anexo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **Lugar o medio para recibir la información y cualquier tipo de notificación:**

Domicilio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

En ventanilla de la **Unidad de Acceso a la Información Pública**

• **Forma de reproducción de la información:**

Copia simple

Copia certificada

Medios electrónicos

Otra (disco compacto, disquete, etc.)