



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