

16 12 2016

1. DATOS DEL RECURRENTE O DE SU REPRESENTANTE Nombre:

Gallegos Mota José Ismael

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

En caso de ser persona Moral:

Denominación Social Teléfono

Domicilio: Pina Suarez 7

Calle No. Ext. No. Int.

Correo Electrónico del Solicitante: ismagallegos@hotmail.com

Teléfono: 4240459 8443554261

Oficina Casa Celular

2. INFORMACIÓN QUE SOLICITA: Nomina Funcionarios Ayuntamiento 2016-2018

3. Favor de especificar el área o departamento: Tesorería

4. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA
 (Se sugiere proporcionar todos aquellos datos que faciliten la búsqueda de la información solicitada, esto para poder brindarle un mejor servicio. Si el espacio es insuficiente puede anexar más hojas a esta solicitud.)

FORMA EN QUE DESEA SE LE ENTREGUE LA INFORMACIÓN

TITULAR UNIDAD DE TRANSPARENCIA, CONCEPCION DEL ORO, ZAC
ALLENDE # 21 TEL: (842) 4 24 00 17

Recibit original del
Presente.
R. Silvio Muñoz

<input type="checkbox"/>	Consulta directa	<input type="checkbox"/>	Consulta por medio electrónico
<input checked="" type="checkbox"/>	Copias simples (Con costo)	<input type="checkbox"/>	Consulta por medio electrónico
<input type="checkbox"/>	Copias certificadas (Con costo)	<input type="checkbox"/>	CD (Con costo)
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/>	DVD (Con costo)

La información será entregada en el medio requerido, siempre que esté disponible en dicho medio.

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	<input type="text" value="09"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="52"/>	INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL SOLICITANTE (OPCIONAL) (dd/mm/aaaa)
Ocupación	<u>Litigante</u>			
¿Cómo se enteró de sus derechos en materia de información pública?				
	<input checked="" type="checkbox"/>	Internet.	<input type="checkbox"/>	Radio.
	<input type="checkbox"/>	T.V.	<input type="checkbox"/>	Otro. _____
 _____ Firma del solicitante.				

6. INFORMACIÓN RELEVANTE

Horario de atención de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.

Esta solicitud se llenará por duplicado (el duplicado serpa su acuse de recibo).

El costo será igual al precio de los materiales, más el envío.

La información se le enviará al domicilio del solicitante o personalmente en la dependencia, con acuse de recibo. Los datos personales contenidos en este recurso de queja quedarán bajo el resguardo de la Oficina de CEaip de Concepción del Oro. Dicha información será manejada como información confidencial, tal como lo indica la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas en los artículos 45, 47, 52 y demás relativos y aplicables de la misma Ley.

TITULAR UNIDAD DE TRANSPARENCIA, CONCEPCION DEL ORO, ZAC

ALLENDE # 21 TEL: (842) 4 24 00 17