

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

**RESPONSABLE DEL LLENADO**

*(Sólo integrantes del Comité de Contraloría Social o beneficiarios del programa)*

**I. DATOS GENERALES**

Nombre	_____		
Dirección	_____		
Estado	_____	Municipio:	_____
Localidad	_____		
El apoyo que se recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa social que se recibe:	_____		
Dependencia que lo proporciona:	_____		

**II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
_____	_____	_____

**III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA**

**IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE, SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO**

**V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nombre y firma o huella digital del que solicita la información*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, cargo y firma del representante federal que recibe la solicitud de información*