

RECURSO DE REVISIÓN

Fecha y hora de recepción ____/____/____ : ____ Hrs.
Día mes año

Datos del recurrente

Persona Física ()

Persona Jurídica Colectiva ()

Nombre o denominación social _____

Representante legal Marque con "x". Anexar carta poder o testimonio notarial, en su caso.

SI NO

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Motivo del recurso

Solicitud de Acceso a la Información Pública ()

Solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos Personales ()
Anexar documento que acredite su personalidad

Sujeto Obligado ante el cual se presentó la solicitud y fecha en que la realizó:

Domicilio para recibir notificaciones, o en su caso la forma en que desea ser notificado, Marque con "x".

•Personalmente

Oficinas del ITAIP ()

Domicilio ubicado en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco () indique

Avenida ó Calle

No.

Colonia ó fraccionamiento

C.P.

•Estrados ()

•Correo certificado con acuse de recibo () en su caso señale

Avenida ó calle

No.

Colonia

C.P.

Ciudad

Estado

Precisar el acto de la inconformidad, así como el Sujeto Obligado responsable.

(Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a la misma.)

Fecha en la que se notificó o tuvo conocimiento del acto

Pruebas que desee ofrecer, y en su caso anexar al presente escrito.
