

FORMATO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Folio Núm. _____

Este espacio debe ser llenado exclusivamente por personal de la Oficina de Información Pública (OIP)

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

1. Nombre del Ente Público o Asociación Política al que se solicita la revocación del consentimiento

2. Datos de la persona solicitante

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre de la o el representante legal

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Anexar documento legal que lo acredite

3. Medio para recibir notificaciones

Correo electrónico _____
(Indique dirección de correo electrónico)

Acudir a la Oficina de Información Pública Domicilio

En caso de seleccionar domicilio, favor de anotar los siguientes datos

Calle

Núm. Ext. Núm. Int.

Colonia

Delegación o Municipio

Código Postal

Estado

País

Número telefónico (opcional)

4. Especificar en forma clara y precisa los datos personales sobre los cuales solicita revocación del consentimiento

