



Folio UT_APICOA_

Fecha:

Número de Expediente*

*Este espacio será llenado con la Unidad de Transparencia

I.- ENTIDAD RECEPTORA

Administración Portuaria Integral de Coatzacoalcos S.A de C.V.

II.- DATOS DEL SOLICITANTE O RAZÓN SOCIAL

Solicitante:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

III.- PARA EFECTOS DE RECIBIR NOTIFICACIONES

(El domicilio del solicitante deberá estar ubicado en el lugar de residencia de la unidad de enlace y acceso a la información en la que presente la solicitud. Art. 31 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)

Calle

Núm. Ext/Int

Colonia

C.P.

Veracruz

Localidad

Municipio

Estado

Teléfono

Celular

Correo electrónico

IV.- INFORMACIÓN SOLICITADA

(Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información, se sugiere proporcionar todos los datos que considere para facilitar la búsqueda de dicha información. Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud)

V.- UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA CUAL SE REQUIERE INFORMACIÓN

(En caso de no tener el dato, anotar que se solicita la búsqueda)



VI.- FORMA EN QUE SE DESEA LE SEA ENTREGADA LA INFORMACIÓN. (Elija con un "X" la opción deseada)

Consulta directa	<input type="checkbox"/>	Consulta física en donde se encuentra la información	Sin costo
Medios Electrónicos	<input type="checkbox"/>	Consulta en su sitio de internet o envío de la información vía electrónica	Sin costo
Copias Simples	<input type="checkbox"/>	Con costo	CD ROM <input type="checkbox"/> Con costo
Copias certificadas	<input type="checkbox"/>	Con costo	Mensajería <input type="checkbox"/> Con costo
Correo certificado	<input type="checkbox"/>	Con costo	Otro tipo de medio _____ Especificar

VII.- APARTADO OPCIONAL

(Si desea colaborar con la Unidad de Transparencia de la Administración Portuaria Integral de Coatzacoalcos, S.A de C.V. (APICOATZA) en la generación de datos estadísticos más precisos, favor de llenar el siguiente recuadro)

Información adicional opcional

(Elija una con "X" la opción deseada)

Género	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Anónimo
Nivel Educativo	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria
		<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Posgrado
Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Periodista <input type="checkbox"/> Empresario
	<input type="checkbox"/> Académico	Otro (especificar) _____	

¿Es la primera vez que realiza el trámite) SI No

En caso negativo, especificar el número de veces que lo ha realizado anteriormente _____

¿Cómo supo que tiene derecho de acceso a la información pública?

Publicidad Orientación del gobierno Comentario de un conocido

Otro (especificar) _____

Nombre y firma del solicitante o representante legal