

SOLICITUD DE ACCESO
A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

FOLIO

I.- SUJETO OBLIGADO Anotar nombre de la entidad

C. de Salud de Nayarit

II.- DOMICILIO O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES.

Av./Calle

No./Depto/Int.

Colonia

63758

Código Postal

Ignacio Alcade N.30-13

3231169980

TAGOMA700110@gmail.com

Municipio

Teléfono

Correo Electrónico

vía electrónica PNT/ Sistema Infome

Paquetería y/o correo certificado

III.- INFORMACIÓN SOLICITADA Con el fin de brindar un mejor servicio, además de describir la información que solicita, 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.

Solicito Tabulador para pagos personales del Area Medica paramedica administrativo y afin. de sueldos 2024. de zona economica 3 (son Blas).

IV.- MODALIDAD EN QUE DESEA LE SEA ENTREGADA LA INFORMACIÓN

Elija con una "X" la opción deseada

Consulta directa

☐

Copias simples

☒

(con costo)

Copias certificadas

☐

(con costo)

Disquetes 3.5 o CD-ROM

☐

(con costo)

Otros

☐

Especifique

Otro medio

Especifique

V.- DATOS OPCIONALES DEL SOLICITANTE.

Solicitante

Tago

Apellido Paterno

Gómez

Apellido Materno

Martimiano

Nombre (s)

Representante (en su caso)

CURP

TAGOMA700110HNT01010101

Apellido Paterno
Teléfono (clave):

3231169980

Apellido Materno (opcional)
Número:

Nombre (s)

Correo electrónico:

Tagoma700110@gmail.com

La presente información será utilizada únicamente para efectos estadísticos:

Sexo:

☒☐

Fecha de Nacimiento 10/01/70 (dd/mm/aa)

Ocupación:

anfro oral tit

¿ Cómo se entero usted de la existencia del procedimiento de acceso a la información ?

Radio

☐

Prensa

☐

Televisión

☐

Cartel o Poster

☐

Internet

☐

Otro Medio (especifique)

Nombre y firma del solicitante o de su representante

FIRMA

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN

2021

11 SEP. 2024

2027

10:22.

Coloque el sello de recibido de la solicitud, así como el nombre y cargo de la persona que atendió la solicitud

