

**SOLICITUD DE ACCESO  
A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**

FOLIO

|  |                 |                                   |               |
|--|-----------------|-----------------------------------|---------------|
| <b>I.- SUJETO OBLIGADO</b> Anotar nombre de la entidad                                     |                 |                                   |               |
| Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos<br>del Estado de Nayarit. ( C E C Y T E N ) |                 |                                   |               |
| <b>II.- DOMICILIO O MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES.</b>                                 |                 |                                   |               |
| Veracruz   | #98             | Centro                            | 63620         |
| Av./Calle  | No./Depto./Int. | Colonia                           | Código Postal |
| Ruiz, Nayarit  |                 | Correo Electrónico                |               |
| Municipio  |                 | Teléfono                          |               |
|  |                 | Correo Electrónico                |               |
|  |                 | (Correo Certificado (con costo))  |               |
| /la electrónica PNT/ Sistema Infome  |                 | Paquetería y/o correo certificado |               |

|   |
|---|
| <b>III.- INFORMACIÓN SOLICITADA</b> 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.   |
| <p>Requiero conocer el sueldo base mensual de la categoría de subdirector del plantel 03 en Ruiz, Nayarit del año 2010 al 2024.</p> <p>Favor de aplicar la suplencia de la queja a la interpretación de mi solicitud.</p> <p>La modalidad de la respuesta la elijo en copias certificadas.</p> <p>Favor de recibir y asignar folio a la presente solicitud.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>IV.- MODALIDAD EN QUE DESEA LE SEA ENTREGADA LA INFORMACIÓN</b> |   |
| Elija con una "X" la opción deseada                                |   |
| Consulta directa   | <input type="checkbox"/>                          |
| Copias simples   | <input type="checkbox"/> ( con costo )            |
| Copias certificadas  | <input checked="" type="checkbox"/> ( con costo ) |
| Disquetes 3.5 o CD-ROM   | <input type="checkbox"/> ( con costo )            |
| Otro medio   | <input type="checkbox"/> Especifique _____        |

|   |                                 |                                     |   |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>V.- DATOS OPCIONALES DEL SOLICITANTE.</b>  |                                 |                                     |   |
| Solicitante   |                                 |                                     |   |
| Garcia  | Agraf                           | Moises                              |   |
| Apellido Paterno  | Apellido Materno                | Nombre ( s )                        |   |
| Representante (en su caso)  |                                 |                                     |   |
| Apellido Paterno  | Apellido Materno ( opcional )   | Nombre (s)                          |   |
| CURP  | Teléfono (clave):               | Número:                             |   |
| Correo electrónico:   |                                 |                                     |   |
| • La presente información será utilizada únicamente para efectos estadísticos:<br>Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ (dd/mm/aa) Ocupación: _____ |                                 |                                     |   |
| ¿ Cómo se enteró usted de la existencia del procedimiento de acceso a la información ?  |                                 |                                     |   |
| Radio <input type="checkbox"/>  | Prensa <input type="checkbox"/> | Televisión <input type="checkbox"/> | Cartel o Poster <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro Medio (especifique) _____ |

|   |   |
|---|---|
| <br>Nombre y firma del solicitante o de su representante<br><div style="text-align: center;"><b>FIRMA</b></div> | <div style="text-align: center;"><b>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN</b></div> Coloque el sello de recibido de la solicitud, así como el nombre y cargo de la persona que atendió la solicitud |
|---|---|