



**SERVICIOS
DE SALUD O.P.D.**
GABINETE DE IGUALDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS



EL GOBIERNO DEL
NUEVO
NUEVO LEÓN

Folio: _____

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

1.- Nombre o, en su caso, los datos generales de su representante (opcional). En su caso, señale si es representante legal.

☐

Si, soy representante legal.

☐

No soy representante legal.

Nombre de la o el solicitante.

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Razón Social
--------	------------------	------------------	--------------

2.- Domicilio o medio para recibir notificaciones (obligatorio). *

Seleccione el medio que autoriza para recibir notificaciones e indique los datos correspondientes.

☐

Correo electrónico: _____

☐

Domicilio particular.

Calle.	Núm. Exterior.	Núm Interior.	Código Postal.
--------	----------------	---------------	----------------

Colonia.	Municipio.	Entidad	País.
----------	------------	---------	-------

*En el caso de que no se indique algún medio para recibir notificaciones, estas se realizaran por estrados de la Unidad de Transparencia.

3.- Descripción de la información solicitada (obligatorio).

Si requiere mayor espacio, marque la siguiente casilla y especifique el número de hojas.

☐

Anexo _____ Hojas.



Matamoros 520 Ote., Zona Centro
Monterrey, N.L. C.P. 64000 | Tel. 81 8130 7000



**SERVICIOS
DE SALUD O.P.D.**
GABINETE DE IGUALDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS



EL GOBIERNO DEL
**NUEVO
NUEVO LEÓN**

Folio: _____

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

4.- Cualquier otro dato que facilite su búsqueda y localización (opcional).

Si requiere mayor espacio, marque la siguiente casilla y especifique el número de hojas.

☐ Anexo _____ Hojas.

En caso de anexar documentos que ayuden a facilitar la búsqueda, indique el número de hojas:

☐ Anexo _____ Hojas.

5.- Modalidad de entrega (obligatorio).

Seleccione la modalidad de entrega que prefiere se le otorgue la información. En caso de ser otro medio, indique el medio.

☐ Verbal (orientación).	☐ Copia Simple. *	☐ Copia Certificada. **
☐ Correo electrónico.	☐ Consulta Directa.	☐ Otro Medio. ***

Indique correo electrónico.

Indique el otro medio.

*La información será entregada sin costo, cuando implique la entrega de no más de veinte hojas simples.

** Esta modalidad tiene costo.

*** Esta modalidad tiene costo, siempre y cuando se requieran materiales para su reproducción. En caso de que usted proporcione el medio electrónico y la Secretaría cuente con el equipo para su reproducción, será gratuito.



**Matamoros 520 Ote., Zona Centro
Monterrey, N.L. C.P. 64000 | Tel. 81 8130 7000**



**SERVICIOS
DE SALUD O.P.D.**
GABINETE DE IGUALDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS



EL GOBIERNO DEL
NUEVO
NUEVO LEÓN

Folio: _____

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

6.- Medidas de accesibilidad (opcional).

En caso de que requiera la información en alguna lengua indígena favor de señalar la lengua y región.

Lengua indígena.

Región.

En caso de que requiera la información en algún formato accesible seleccione la opción deseada:

☐

Escritura Braille.

☐

Macrotipo (letra más grande

☐

Versión en audio.

☐

Otro

Indique cual.

7.- Información estadística (opcional).

Con fines estadísticos seleccione e indique los siguientes datos:

Personalidad:

☐

Persona física.

☐

Persona Moral.

Sexo:

☐

Hombre.

☐

Mujer.

Edad:

Ocupación:

Nivel Académico:



Matamoros 520 Ote., Zona Centro
Monterrey, N.L. C.P. 64000 | Tel. 81 8130 7000