**FORMATO DE DENUNCIA POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **DATOS DEL DENUNCIANTE O DE SU REPRESENTANTE** |
| Denunciante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nombre(s) Apellido(s)  En caso de ser persona moral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Denominación o Razón Social  Representante, en su caso **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nombre(s) Apellido(s) | |
| OPCIONALES | |
| CURP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Clave lada Número  Sexo\*: **M F**  Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Información utilizada únicamente para efectos estadísticos. | |
| **2** | **FORMA EN LA QUE SE DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES** |
| Elija con una X la opción deseada:  En su domicilio \_\_\_\_\_\_\_ Por correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_  Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **3** | **NOMBRE DEL SUJETO OBLIGADO DENUNCIADO** |
|  | |
| **4** | **DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DEL INCUMPLIMIENTO DENUNCIADO** |
|  | |
| **5** | **MEDIOS DE PRUEBA** |
|  | |
| **6** | **DOCUMENTOS ANEXOS** |
| \_\_\_\_\_\_\_ Carta poder, solo en caso de presentar la denuncia mediante representante.  \_\_\_\_\_\_\_ Documentos diversos, especificar.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |