

SISTEMA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN MEXIQUENSE

FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN

RECEPCIÓN

Fecha (dd/mm/aaaa): 12/06/2015

Hora (hh:mm:ss): 5:51 PM

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FÍSICA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACIÓN

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIÓ

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

ACTO IMPUGNADO

SE DETALLAN POR EL RECURRENTE EN ESCRITO RECIBIDO EL 12 DE JUNIO DE 2015.

LUGAR Y FECHA DE LA EMISIÓN DEL ACTO

MÓDULO DE ACCESO DEL ISSEMYM

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd /mm /aaaa)

28-05-2015

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

00069/ISSEMYM/AD/2015

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

SE DETALLAN POR EL RECURRENTE EN ESCRITO RECIBIDO EL 12 DE JUNIO DE 2015.

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder

☐

Copia de constancia de notificación

☐

Copia de la resolución

☐

Otros (Especificar)

☐

Folio del recurso de revisión: 01087/INFOEM/AD/RR/2015

Clave de entrega del recurso de revisión: 000692015014175402000205