

INSTITUTO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO

Y MUNICIPIOS

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 ISSEMMYM

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

28-05-2015

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

00069/ISSEMMYM/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