



Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

RECURSO DE REVISIÓN

**Sindicato Nacional de Trabajadores
de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
P R E S E N T E.-**

DATOS DEL RECURRENTE					
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)			
REPRESENTANTE (Señala con una "X" en caso de nombrar representante)			SI	NO	
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)			
DOCUMENTO CON EL CUAL SE ACREDITA LA REPRESENTACIÓN (deberá acompañar al presente formato, el documento señalado que acredite su representación)					
Poder notarial otorgado mediante escritura pública			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carta Poder			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro documento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOMICILIO Y/O CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES					
Calle	Número Exterior	Número Interior			
Entre las calles	Colonia	Código Postal			
Municipio	Entidad Federativa	Correo Electrónico			
MEDIO POR EL CUAL DESEA RECIBIR LAS NOTIFICACIONES PERSONALES					
CORREO ELECTRONICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DATOS DEL TERCERO INTERESADO					
¿HAY TERCERO INTERESADO?			SI	NO	NO SE
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre(s)			
DOMICILIO Y/O CORREO ELECTRÓNICO DEL TERCERO INTERESADO					
Calle	Número Exterior	Número Interior			
Entre las calles	Colonia	Código Postal			
Municipio	Entidad Federativa	Correo electrónico			



Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

SUJETO OBLIGADO ANTE QUIEN SE PRESENTÓ LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN
(Autoridad Responsable)

ACTO QUE SE RECURRE
(causal de procedencia del Recurso de Revisión, establecidas en el Art. 144 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Baja California Sur)

FECHA EN QUE FUE NOTIFICADA LA RESPUESTA O TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO RECURRIDO, O EN EL CASO DE FALTA DE RESPUESTA, FECHA EN LA CUAL PRESENTÓ LA SOLICITUD

CAUSAS O MOTIVOS DE INCONFORMIDAD
(Razones por las cuales el acto recurrido le causa agravio)

PRUEBAS
(Deberá señalar y acompañar al presente formato, los elementos ofrecidos como pruebas)

CIUDAD DE MÉXICO, a los días ____ del mes de ____ del dos mil ____

- Deberá presentar el original del presente formato y copia para acuse de recibo.
- Una vez completado el formato, se recomienda eliminar las instrucciones de llenado marcadas entre paréntesis, así como éstas al final del mismo.