



PLAN DE APOYO A LA CALIDAD EDUCATIVA Y LA TRANSFORMACIÓN DE LAS ESCUELAS NORMALES



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Anexo No.

RESPONSABLE DEL LLENADO

(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre:	_____		
Dirección	_____		
Estado:	_____	Municipio:	_____
Localidad:	_____		
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa social que recibe :	_____		
Dependencia que lo proporciona:	_____		

II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
_____	_____	_____

III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA.

IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.

V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. _____.

Nombre y firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información