

PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA INDÍGENA

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

**RESPONSABLE DEL LLENADO**

(Integrante del Comité de Contraloría Social o beneficiario del Programa)

**I. DATOS GENERALES**

|  |                               |                                |                                    |
|--|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nombre:                                | _____                         |                                |                                    |
| Dirección:                             | _____                         |                                |                                    |
| Estado:                                | _____                         |                                |                                    |
| Localidad:                             | _____ Municipio:              | _____                          |                                    |
| 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 DEL MUNICIPIO 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 contraloría que recibe la solicitud de información

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_