

RECURSO DE REVISIÓN

Fecha y lugar: _____

No. Folio _____

**Instituto de Transparencia y Acceso a la Información
 Pública del Estado de Baja California.
 P r e s e n t e . -**

I. Información del recurrente

Persona Moral

Denominación o Razón Social _____

Representante legal _____

Persona Física

Nombre(s) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Domicilio para oír y recibir notificaciones ⁽¹⁾ _____
Calle Número exterior/interior Colonia

Delegación Municipio Ciudad

Entidad Federativa Código postal

Medio electrónico para recibir y oír notificaciones ⁽¹⁾ _____

Número Telefónico (opcional) ⁽²⁾ _____

II. Información del Tercero Interesado (si lo hubiere)

Persona Moral

Denominación o Razón Social _____

Representante legal _____

Persona Física

Nombre(s) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Domicilio _____
Calle Número exterior/interior Colonia

Delegación Municipio Ciudad

Entidad Federativa Código postal

Medio electrónico y número telefónico (opcional) _____

III.- Sujeto Obligado

Indicar el nombre del sujeto obligado ante el cual se presentó la solicitud de acceso

(1) En caso de no proporcionar el domicilio o medio electrónico para oír y recibir notificaciones, todas las notificaciones aún las de carácter personal, se harán por estrados.

(2) Proporcionar el número telefónico es opcional, se indica que el mismo no se considera como medio para notificar, y solo será utilizado para aclaraciones que se tengan que realizar sin que se obligatorio para el Instituto el utilizar este medio.

