

Programa de Atención a Personas con Discapacidad**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**Fecha: Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)**I.- Datos generales**Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del Comité: _____

Nombre del Proyecto: _____

Estado: _____ No. de registro del Comité de Contraloría Social

Municipio: _____ Social

Localidad: _____

El apoyo que recibe del programa es: Obra Acción

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 del Comité

_____**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 el original al servidor público de la representación federal del programa y solicite acuse de recibo en una copia, en la cual debe asentarse: nombre, firma, fecha en que se recibe y sello.

V.- Verifique que le escriban una fecha probable para que le proporcionen la información solicitada

Nombre, Cargo y Firma del servidor público que recibe la solicitud_____
Nombre y Firma de la persona que solicita la información_____
Nombre y firma o huella digital del que solicita la información_____
Nombre, Cargo y Firma del Representante Federal que recibe la solicitud de información

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".