

## 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 <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
Calle Número exterior/interior Colonia

Delegación Municipio Ciudad

Entidad Federativa Código postal

Medio electrónico para recibir y oír notificaciones <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Número Telefónico (opcional) <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

### 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.

## RECURSO DE REVISIÓN

### IV.- Motivo de la presentación del Recurso

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negativa de acceso a la información                | <input type="checkbox"/> Entrega de información formato incomprensible                                  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de inexistencia de la información      | <input type="checkbox"/> Entrega de información incompleta  |
| <input type="checkbox"/> Clasificación información reservada o confidencial | <input type="checkbox"/> Negativa de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales |
| <input type="checkbox"/> Entrega de información distinta a la solicitada    | <input type="checkbox"/> Tratamiento inadecuado de datos personales                                     |
| <input type="checkbox"/> Entrega de información en modalidad distinta       | <input type="checkbox"/> Falta de respuesta a solicitud   |

Número de folio o expediente de acto que se recurre \_\_\_\_\_

Fecha de notificación o que se tuvo conocimiento del acto o resolución que se impugna \_\_\_\_\_  
Día
Mes
Año

### V.- Exponga sus puntos petitorios o razón por la cual presenta el Recurso de Revisión

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### VI.- Pruebas y demás elementos que justifiquen la solicitud de acceso.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poder                                | <input type="checkbox"/> Copia constancia de notificación |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Acceso a la información | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____        |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Por el presente escrito, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos arriba señalados son completamente ciertos.

**Por el solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**