



**FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA**  
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE

**RECEPCIÓN**

Fecha (dd/mm/aaaa):

Hora (hh:mm):

**DATOS DEL SOLICITANTE**

**PERSONA FÍSICA**

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

**DATOS OPCIONALES**

Sexo:

Femenino ( )

Masculino ( )

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

**PERSONA MORAL**

Razón o denominación social:

**Nombre del representante:**

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

**DIRECCIÓN**

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Teléfono:

Correo electrónico:

**SUJETO OBLIGADO AL QUE SOLICITA INFORMACIÓN: SECRETARÍA DE SALUD**

**INFORMACIÓN QUE SOLICITA:**

--





**OTRA INFORMACIÓN PARA FACILITAR LA BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN:**

--

**MODALIDAD DE ENTREGA**

Elija con una "X" la opción deseada:

- CD-ROM:
- Consulta directa:
- Correo electrónico:
- Otro medio (especificar):
- Copias simples (con costo):
- Copias certificadas (con costo):

**ANEXOS**

--

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE  
PROTESTO LO NECESARIO**