

FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN

RECEPCIÓN

Fecha (dd/mm/aaaa): 14/07/2025

Hora (hh:mm:ss): 9:00 AM

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FÍSICA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

C. Solicitante
NOMBRE(S)

PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____

NOMBRE DEL
REPRESENTANTE: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACIÓN

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIÓ

El Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia de Chicoloapan

ACTO IMPUGNADO

la información que da como respuesta tiene ciertas inconsistencias o falta de información solicitada

LUGAR Y FECHA DE LA EMISIÓN DEL ACTO

Electrónica

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd /mm /aaaa)

11-07-2025

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

00013/DIFCHICOLO/IP/2025

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

No se brinda la respuesta si la ciudadana presidenta del sistema DIF municipal de Chicoloapan tiene la educación profesional concluida, es pasante o trunca, así como la falta de los periodos de estudio de la misma. Por lo anterior solicito agregue esta información a su ficha curricular.

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder

Copia de constancia
de notificación

Copia de la resolución

Otros (Especificar) _____

Folio del recurso de revisión: 08503/INFOEM/IP/RR/2025

Clave de entrega del recurso de revisión: 000132025312130824097205