

## 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.

