

**SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA**

Nombre/s .....

Apellido/s .....

D.N.I. ....

E-mail .....

Tel./Cel.: .....

Dirección .....

Ciudad .....

Provincia .....

Sector al que pertenece Marque con una X la opción correspondiente

- |                                  |   |                                     |                                      |                               |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empresa | <input type="checkbox"/> Estudiante       | <input type="checkbox"/> Gobierno   | <input type="checkbox"/> Universidad | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> ONG     | <input type="checkbox"/> Partido Político | <input type="checkbox"/> Particular | <input type="checkbox"/> Periodismo  |                               |

Nombre de la organización a la que pertenece .....

Área a la que solicita información .....

Detalle de la información solicitada .....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma \_\_\_\_\_