

ANEXO 7

Logotipo de la
Institución Ejecutora

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Responsable del llenado (Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____
Dirección: _____
Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____

El apoyo que recibe del programa es : Obra Apoyo Servicios

Nombre del programa social que recibe: _____
Dependencia que lo proporciona: _____

II. SI USTED ES INTREGANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

| Nombre del Comité de Contraloría Social | Número de registro | Fecha de registro |
|---|--------------------|-------------------|
| | | |

III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA





- IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACION Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PUBLICO DE LA PRESENTACION FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA, DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.**
- V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACION SOLICITADA.**

Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono y firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono, firma y firma del RCS de la instancia ejecutora que recibe la solicitud de información

