

FORMATO DE RECURSO DE REVISION

RECEPCION		
Lugar:	Fecha (dd/mm/aaaa):	Hora (hh:mm):

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FISICA						
<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>APELLIDO PATERNO</td> <td>APELLIDO MATERNO</td> <td>NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
_____	_____	_____				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)				

PERSONA MORAL						
RAZON O DENOMINACION SOCIAL: _____ NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____ <table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>APELLIDO PATERNO</td> <td>APELLIDO MATERNO</td> <td>NOMBRE (S)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
_____	_____	_____				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)				

DOMICILIO PARA OÍR NOTIFICACIONES
CALLE: _____ NUM. EXTERIOR: _____ NUM. INTERIOR: _____ COLONIA O LOCALIDAD _____ MUNICIPIO: _____ C.P. _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____ TELEFONO (Opcional): _____ - _____

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACION

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMIITIO

ACTO IMPUGNADO

LUGAR Y FECHA DE LA EMISION DEL ACTO

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

NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES

--

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder <input type="checkbox"/>	Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/>
Copia de la resolución <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar) <input type="checkbox"/>

--

NOMBRE DEL RECURRENTE

--

FECHA

--

FIRMA O HUELLA PROTESTO LO NECESARIO (OPCIONAL)