



### Formulario de Solicitud de Acceso a la Información Pública (SAIP)

Por favor, complete la siguiente información antes de entregar

#### Datos de la entidad:

Fecha:

-----

Institución requerida:

-----

Ciudad:

-----

#### Persona solicitante de información pública:

Nombre(s):

-----

Apellido(s):

-----

Correo Electrónico:

-----

Teléfono:

-----

#### Género:

Masculino ( )

Femenino ( )

LGBTIQ+ ( )

Otro: -----

#### Autoidentificación cultural:

Mestiza ( )

Pueblo montuvio ( )

Pueblo o nacionalidad indígena ( )

Pueblo afrodescendiente ( )

Blanca ( )



Otro: \_\_\_\_\_

**Solicitud de información pública:**

Escriba con detalle la información que necesita que la institución le entregue.

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**Formato de recepción de la información solicitada:**

Seleccione el formato por el que ingresó la solicitud a la institución requerida:

Formulario web ( )

Físico ( )

Correo electrónico ( )

Otro: \_\_\_\_\_

**Formato de entrega de la información:**

Seleccione el formato en el que desea recibir la información:

**Físico en la institución:**

Formato físico: copia en papel ( )

Formato físico: CD ( )



Patronato de Amparo Social  
**Montecristi**

**Correo electrónico:**

Formato electrónico: Excel ( )

Formato electrónico: PDF ( )

Formato electrónico: Word ( )

Formato electrónico: CSV ( )

-----  
*Firma de la persona solicitante de información pública*