



FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

INFORMACIÓN PARA LLENADO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Folio:	_____	Fecha de presentación de solicitud:	_____/_____/_____
Ciudad:	☐ Mexicali ☐ San Felipe ☐ Tijuana ☐ Tecate ☐ Playas de Rosarito ☐ Ensenada ☐ Otro: _____	Hora: Unidad receptora: (ej. Oficinas Centrales)	_____ _____

***Es importante que usted conozca las finalidades para las cuales recabamos sus datos personales, por favor, lea el AVISO DE PRIVACIDAD que se encuentra anexo a la presente solicitud.**

☐ He leído el AVISO DE PRIVACIDAD y otorgo el consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme al mismo.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo o seudónimo (persona física) / denominación o razón social (persona moral):

En caso de ser persona moral, datos del representante (nombre completo o seudónimo):

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Detalle de la solicitud

Favor de describir con claridad la solicitud respecto a la información que desea conocer. Si requiere mayor espacio, solicite otra hoja y anéxela.

Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional)

Conocer datos específicos agilizan su búsqueda.



ISSSTECALI

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California
GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL GOBIERNO Y MUNICIPIOS DE
BAJA CALIFORNIA (ISSSTECALI)

UNIDAD DE TRANSPARENCIA

FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

En caso de adjuntar algún documento a su solicitud, favor de especificar:

Seleccione medio para recibir notificaciones*, a través de:

☐

La oficina de la Unidad de Transparencia del ISSSTECALI. A efecto de poder localizarlo para agilizar su trámite, o en el supuesto de requerir más información de la proporcionada, favor de indicarnos un *número telefónico o correo electrónico*.

☐

A través de correo electrónico (favor de indicarlo):

☐

Envío a Domicilio (sujeto a costos de envío. Favor de indicar la dirección):

☐

Por estrados de la Unidad de Transparencia

*En caso de no seleccionar algún medio o que no sea posible notificarlo por el seleccionado, se le notificará por estrados de la Unidad de Transparencia.

Formato para recibir la información solicitada:

☐

Copias simples

Primeras 1 a 20 hojas son gratuitas. Hoja(s) excedente(s) sujeta(s) a costo de reproducción.

☐

Copias certificadas.

Entrega sujeta a costo de reproducción.

☐

Consulta directa

☐

Cualquier otro medio, incluido los electrónicos (especificar): _____

☐

Medio electrónico aportado por solicitante (especificar): _____

Solicitud para exentar pago por reproducción y/o envío por circunstancias socioeconómicas:

En caso de no poder cubrir los gastos de reproducción y/o envío, indique las razones para que sean valoradas por la Unidad de Transparencia.

ACCESIBILIDAD

***¿Habla alguna lengua indígena y desea la información en la misma? Favor de llenar los siguientes espacios:**

Nombre de la lengua indígena o la localidad donde se habla:

Entidad, municipio o localidad:

***Si tiene alguna discapacidad y solicita la información en un formato accesible, favor de elegir alguna de las siguientes opciones:**

☐

Braile

☐

Versión en audio de la información

☐

Macrotipo (letra más grande)

☐

Otro (especificar):

Última actualización: 26/Junio/2026