

Con fundamento en el Artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala
"El derecho humano de acceso a la información comprende solicitar, investigar, difundir, buscar y recibir información.

Toda la información generada, obtenida, adquirida, transformada o en posesión de los sujetos obligados es pública y accesible a cualquier persona en los términos y condiciones que se establezcan en la presente Ley, en la Ley General, en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, y la normatividad aplicable en sus respectivas competencias; sólo podrá ser clasificada excepcionalmente como reservada temporalmente por razones de interés público, en los términos dispuestos por esta Ley.

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones antes referidas y garantizar el ejercicio del Derecho Humano de Acceso a la Información, se pone a su disposición el siguiente formato.

PARA LLENADO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA	
No. Solicitud	_____
Fecha	_____ _____ _____

I. NOMBRE DEL SUJETO OBLIGADO DEL QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN:
<u>CENTRO DE CONCILIACIÓN LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA</u>

II. DATOS DEL SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE:		
Solicitante		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Representante (en su caso)		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno

III. DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES (OPCIONAL):			
Calle	No	Colonia	
Delegación o municipio	Entidad Federativa	Nacionalidad	C.P.
Correo electrónico			

IV. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

CONCILIACIÓN LABORAL
DEL ESTADO DE TLAXCALA

DE GOBIERNO

V. DATOS QUE PERMITAN FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN (OPCIONAL)

VI. FORMA EN QUE DESEA SE LE ENTREGUE LA INFORMACIÓN

Marque con una "X" la opción deseada:

<input type="checkbox"/>	Copias simples "con costo"	<input type="checkbox"/>	Copia certificada "con costo"
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico "sin costo"	<input type="checkbox"/>	Verbalmente (siempre y cuando sea para fines de orientación)
<input type="checkbox"/>	Consulta directa	<input type="checkbox"/>	Otro medio "con costo"
<input type="checkbox"/>	Formato accesible o la lengua indígena en la que se requiera la información. Especifique cual		

VII. MEDIO SEÑALADO PARA RECIBIR LAS NOTIFICACIONES

Marque con una "X" la opción deseada:

<input type="checkbox"/>	Personalmente	<input type="checkbox"/>	A través de su representante
<input type="checkbox"/>	En la Unidad de Transparencia del Sujeto Obligado	<input type="checkbox"/>	Por correo electrónico

VIII. DOCUMENTOS ANEXOS:

IX. LA PRESENTE INFORMACIÓN ES OPCIONAL Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS:

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Ocupación:		Edad:		Nivel de estudios	
------	---------------------------------------	----------------------------	------------	--	-------	--	-------------------	--

X. FUNDAMENTO LEGAL

Artículos 1, 9, 24, 113, 116, 118 y 120 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

ESTA HOJA FORMA PARTE INTEGRAL DEL FORMATO DE **SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN LABORAL DEL ESTADO DE TLAXCALA.**, LO ANTERIOR PARA LA CONSTANCIA DE QUE LAS FIRMAS CONTENIDAS EN ESTA FOJA SON FIDEDIGNAS.