

**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**

Fecha: (sistema/automático)

Ciudad: (sistema/automático)

Institución de la Función Ejecutiva: (sistema/automático)

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO  
MUNICIPAL DEL CANTON GUAMOTE

Autoridad: (sistema/automático)

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre:

Apellido:

Cédula No.

Dirección domiciliaria:

10 de Agosto y Abelardo Montalvo, Guamote-Chimborazo-Ecuador

Teléfono (fijo o celular):

**PETICIÓN CONCRETA:**

*Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:*

**FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:**

Retiro de la información en la institución:

Email:

**FORMATO DE ENTREGA:**

Copia en papel:

Cd.

Formato electrónico digital:

PDF

Word

Excel

Otros