



UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA AGUAS DE SANTA ROSA DE COPAN



SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA

RECEPCION

Lugar:

Fecha:

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA NATURAL

NOMBRE:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

DATOS PERSONALES

Información de búsqueda / Elija con una "X" la opción deseada:

NOMBRE DEL DOCUMENTO

NÚMERO DEL DOCUMENTO

TARJETA DE IDENTIDAD

CARNET DE RESIDENCIA

PASAPORTE

OTRO:

PERSONA JURÍDICA

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

PODER CON QUE ACTUA:

INFORMACION SOLICITADA

DESCRIPCION CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACION QUE SOLICITA:

MODALIDAD DE ENTREGA:

Elija con una "X" la opción deseada:

IMPRESION

FAX

CD-ROM

TELÉFONO:

INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)

GENERO

MASCULINO

FEMENINO

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIO

SECUNDARIO

UNIVERSITARIO

OCUPACION

EMPLEADO PUBLICO

EMPLEADO PRIVADO

TRAB. INDEPENDIENTE

TRAB. FAMILIAR/
ESTUD.

PERIODISTA

FIRMA DEL SOLICITANTE