

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Nombre de la Institución Educativa: _____

**RESPONSABLE DEL LLENADO
(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)**

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____			
Dirección: _____			
Estado: _____	Municipio: _____		
Localidad: _____			
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input checked="" type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa: _____			
Dependencia que lo proporciona: _____			

II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA:

IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.

V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. _____.

Nombre y firma del que solicita la información

Nombre y Firma del (la) Responsable Institucional de Contraloría Social.