

### FORMATO DE RECURSO DE REVISION

| RECEPCION    |                           |                     |
|--------------|---------------------------|---------------------|
| Lugar: _____ | Fecha (dd/mm/aaaa): _____ | Hora (hh:mm): _____ |

| DATOS DEL SOLICITANTE |
|-----------------------|
|-----------------------|

| PERSONA FISICA   |                  |                  |            |
|--|------------------|------------------|------------|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table> | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
| APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)       |            |

| PERSONA MORAL   |                              |                  |  |                           |                  |                  |  |            |  |
|---|------------------------------|------------------|--|---------------------------|------------------|------------------|--|------------|--|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">RAZON O DENOMINACION SOCIAL:</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE DEL REPRESENTANTE:</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | RAZON O DENOMINACION SOCIAL: |                  |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE: | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |  | NOMBRE (S) |  |
| RAZON O DENOMINACION SOCIAL:  |                              |                  |  |                           |                  |                  |  |            |  |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE:   | APELLIDO PATERNO             | APELLIDO MATERNO |  |                           |                  |                  |  |            |  |
|   | NOMBRE (S)                   |                  |  |                           |                  |                  |  |            |  |

| DOMICILIO PARA OIR NOTIFICACIONES  |                      |                |                |                     |            |      |                    |                      |               |
|--|----------------------|----------------|----------------|---------------------|------------|------|--------------------|----------------------|---------------|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">CALLE:</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">NUM. EXTERIOR:</td> <td style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;">NUM. INTERIOR:</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">COLONIA O LOCALIDAD</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">MUNICIPIO:</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">C.P.</td> </tr> <tr> <td style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;">ENTIDAD FEDERATIVA</td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">TELEFONO (Opcional):</td> <td style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;">_____ - _____</td> </tr> </table> | CALLE:               | NUM. EXTERIOR: | NUM. INTERIOR: | COLONIA O LOCALIDAD | MUNICIPIO: | C.P. | ENTIDAD FEDERATIVA | TELEFONO (Opcional): | _____ - _____ |
| CALLE:   | NUM. EXTERIOR:       | NUM. INTERIOR: |                |                     |            |      |                    |                      |               |
| COLONIA O LOCALIDAD  | MUNICIPIO:           | C.P.           |                |                     |            |      |                    |                      |               |
| ENTIDAD FEDERATIVA   | TELEFONO (Opcional): | _____ - _____  |                |                     |            |      |                    |                      |               |

| DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACION |
|-------------------------------|
|-------------------------------|

| SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIO |
|-------------------------------|
|                               |

| ACTO IMPUGNADO |
|----------------|
|                |

| LUGAR Y FECHA DE LA EMISION DEL ACTO |
|--------------------------------------|
|                                      |

| FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd/mm/aaaa) |
|---|
|   |

| NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD |
|--|
|  |

| RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD |
|---------------------------------------|
|                                       |

| PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES |
|---|
|   |

| DOCUMENTOS ANEXOS   |  |  |  |  |   |  |       |  |
|---|--|--|--|--|---|--|-------|--|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Poder <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Copia de la resolución <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (Especificar) <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table> | Poder <input type="checkbox"/>                               | Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/> |  |  | Copia de la resolución <input type="checkbox"/> | Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> | _____ |  |
| Poder <input type="checkbox"/>  | Copia de constancia de notificación <input type="checkbox"/> |  |  |  |   |  |       |  |
| Copia de la resolución <input type="checkbox"/>   | Otros (Especificar) <input type="checkbox"/>                 | _____  |  |  |   |  |       |  |

|                       |
|-----------------------|
| NOMBRE DEL RECURRENTE |
|-----------------------|

|       |
|-------|
| FECHA |
|-------|

|  |
|--|
|  |
|--|

FIRMA O HUELLA  
PROTESTO LO NECESARIO