



Formato de recepción de recursos de revisión en materia de acceso a la información pública

Nombre del Sujeto Obligado: _____

SUJETO OBLIGADO ANTE EL CUAL SE PRESENTÓ LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN.

Nombre del Sujeto Obligado ante el cual se presentó la solicitud: _____

NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANTE QUE RECURRE O DE SU REPRESENTANTE.

Nombre: _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
Nombre del Representante (en su caso): _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
En caso de Persona Moral (Denominación o Razón Social): _____		
Nombre del Representante Legal: _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
	Apellido paterno	Apellido materno
	Nombre(s) _____	

DOMICILIO, CORREO ELECTRÓNICO Y PERSONA AUTORIZADA POR LA PERSONA RECURRENTE, PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES (en la ciudad de Chetumal).

Domicilio: _____	Calle _____	Número _____	Colonia o Fraccionamiento _____
Ciudad _____	Municipio _____	Entidad _____	Código Postal _____
Correo electrónico*: _____			
NOTA IMPORTANTE: En caso de no señalar algún domicilio, o el señalado no se ubique en la ciudad de Chetumal, ni señale correo electrónico, las notificaciones se realizarán por estrados, los cuales se encuentran en las instalaciones del Instituto Quintanarroense de Transparencia para el Pueblo.			
Personas que se autorizan para oír y recibir notificaciones*: _____			

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA PERSONA TERCERA INTERESADA, EN SU CASO. *

Nombre: _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
Domicilio: _____	Calle _____	Número _____
Ciudad _____	Municipio _____	Entidad _____
		Código Postal _____

NÚMERO DE FOLIO DE LA RESPUESTA Y/O FOLIO DE LA SOLICITUD DE ACCESO.

Número de folio de respuesta otorgada a la solicitud de acceso de la persona recurrente: _____
En caso de no existir respuesta, señale el número de folio de la solicitud de la persona recurrente: _____

FECHA EN QUE FUE NOTIFICADA LA RESPUESTA A LA PERSONA SOLICITANTE O TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO RECLAMADO, O DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD, EN CASO DE FALTA DE RESPUESTA NOTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA A LA SOLICITUD.

Fecha en la que fue notificada la respuesta a la persona solicitante o tuvo conocimiento del acto reclamado: _____ (dd/mm/aa)
A falta de respuesta, señale la fecha en que presentó la solicitud: _____ (dd/mm/aa)

ACTO QUE SE RECURRE.

--

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD.

1. En fecha ____ de ____ de ____, acudí a la _____, a realizar una solicitud de acceso a la información.
2. La solicitud de información que realicé consistía en: _____
3. Es el caso que la Unidad de Transparencia responsable de emitir el acto: _____

Elija la opción, marcándola con una "X"

- ☐ La clasificación de la información.
- ☐ La declaración de inexistencia de información.



CCLQROO
CENTRO DE
CONCILIACIÓN LABORAL
DEL ESTADO DE QUINTANA ROO



Formato de recepción de recursos de revisión en materia de acceso a la información pública

Nombre del Sujeto Obligado: _____

- ☐ La declaración de incompetencia por el Sujeto Obligado.
- ☐ La entrega de información incompleta.
- ☐ La entrega de información que no corresponda con lo solicitado.
- ☐ La falta de respuesta a una solicitud de acceso a la información dentro de los plazos establecidos en la Ley.
- ☐ La notificación, entrega o puesta a disposición de información en una modalidad o formato distinto al solicitado.
- ☐ La entrega o puesta a disposición de información en un formato incomprensible y/o no accesible para la persona solicitante.
- ☐ Los costos o tiempos de entrega de la información.
- ☐ La falta de trámite a una solicitud.
- ☐ La negativa a permitir la consulta directa de la información.
- ☐ La falta, deficiencia o insuficiencia de la fundamentación y/o motivación en la respuesta.
- ☐ La orientación a un trámite específico.

Elija con una "X" la opción:

- ☐ Copia de la respuesta que se impugna.
 - ☐ Copia de la notificación de la respuesta correspondiente.
 - ☐ Copia de la solicitud realizada, en caso de falta de respuesta (Negativa Ficta).
- En caso de que la solicitud de información se haya presentado por correo certificado con acuse de recibo, a la copia de la solicitud se deberá anexar el número de folio de la pieza postal, el sello del acuse de recibo y de la oficina postal respectiva.

PRUEBAS QUE SE ANEXAN.

☐ Carta Poder o Poder Notarial. Sólo en caso de presentar el Recurso por medio de representante o cuando se trate de Personas Morales.
☐ Otros documentos y elementos que considere procedentes someter a juicio del Instituto Quintanarroense de Transparencia para el Pueblo
Describir documentos: _____

FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA RECURRENTE.

Nombre de la persona Recurrente: _____
Firma o huella digital*: _____

LUGAR Y FECHA.

Chetumal, Quintana Roo, a ____ de _____ del año ____.

ACUSE DE RECIBO DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN LABORAL DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.

Este espacio debe ser llenado exclusivamente por personal del Centro de Conciliación Laboral del Estado de Quintana Roo.	
Nombre y firma de la persona servidora pública _____	Sello y fecha de recibido _____

NOTA: Todos los campos marcados con asterisco son opcionales.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA LA INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE REVISIÓN EN MATERIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Quintana Roo, el Centro de Conciliación Laboral del Estado de Quintana Roo (CCLQROO), con domicilio en Av. 5 de mayo, esquina Av. Carmen Ochoa de Merino, colonia Plutarco Elías Calles, C.P. 77090, ciudad Chetumal, Quintana Roo; de sus tres delegaciones ubicadas en los municipios de Othón P. Blanco, Playa del Carmen y Benito Juárez; así como del módulo ubicado en el municipio Cozumel; es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuáles serán protegidos conforme a lo dispuesto por las citadas Leyes y demás normatividad que resulte aplicable.

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades:

Los datos personales que nos proporciona a través del **FORMATO PARA LA INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE REVISIÓN ANTE EL IQTP**, en la Unidad de Transparencia del Centro de Conciliación Laboral, o en su caso la persona titular de la Delegación o módulo, serán utilizados para las siguientes finalidades: recepción y remisión del Recurso de Revisión al IQTP.

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales a terceras personas, distintas al IQTP, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Para mayor detalle, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <https://groo.gob.mx/cclqroo/transparencia/> en la sección de "Avisos de Privacidad".

