

PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA SINALOA

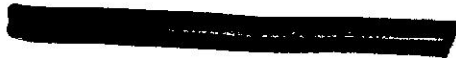
Fecha de impresión del acuse: 14/febrero/2017

Hemos recibido exitosamente su solicitud de información, con los siguientes datos:

N° de folio: 00126017

Fecha y hora de presentación: 14/febrero/2017 a las 11:39 horas

Nombre del solicitante:



Nombre del representante:

Sujeto Obligado: AY01200-Ayuntamiento de Mazatlán

Tipo de Solicitud: Datos Personales

Información solicitada:

SOLICITO COPIA DE MI HISTORIAL CLÍNICO E INFORMAR SI PUEDO SEGUIR LABORANDO CON MI ENFERMEDAD.

Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información solicitada:

DIRECCIÓN DE HOSPITAL MUNICIPAL

Nacionalidad:

Año de Nacimiento:

Medio para recibir la información o notificaciones :

Correo electrónico (Medio Notificaciones):

¿Forma parte de un pueblo indígena? :

Entidad :

Municipio o Localidad :

Medidas de Accesibilidad (Lengua Indígena):

Formato accesible (y/o preferencia de accesibilidad) :

Solicitud de medidas de accesibilidad al acudir a la unidad de transparencia :

Documentación anexa:

Fecha de inicio de trámite.

Para efectos del cómputo del plazo que establece el artículo 136 de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, su solicitud de información, será atendida a partir del día **15/febrero/2017**

Las solicitudes recibidas después de las 15:00 horas de un día hábil o en cualquier hora de un día inhábil, se tendrán