

## PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA SINALOA

Fecha de impresión del acuse: 17/marzo/2017

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

Nº de folio: 00248417

Fecha y hora de presentación: 17/marzo/2017 a las 08:25 horas

Nombre del solicitante: ██

Nombre del representante:

Sujeto Obligado: AY01200-Ayuntamiento de Mazatlán

Tipo de Solicitud: **Datos Personales**

Información solicitada:  
**SOLICITO COPIA DE MI DICTAMEN CLINICO, NUM DE CLAVE 534**

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

**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 **21/marzo/2017**

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