

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

LEY 5282/14 “DE LIBRE ACCESO CIUDADANO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL”

**FECHA DE LA SOLICITUD:**

**ME N°:**

**DIA MES AÑO**



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

##  A) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA

1 IDENTIFICACIÓN: ………………………….………………..………..………………………………………….…..……

**2 SEXO:**

**Varón 1 Mujer 6**

***(opcional)***

**3 EDAD: *(opcional)***

4 NACIONALIDAD:

**Paraguaya 1 Extranjera 2 ………………………..……………….……….. *(opcional)***

***(Especificar)***

5 DOMICILIO DE NOTFICACIÓN: …………………………………………………………………………………………………….

6 TELÉF./CEL.: ………………………………………..…….

7 E-MAIL: …………………….…………………..………

##  B) TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA

1. FORMA DE SOLICITUD

:

**Verbal 1** *Acta Nro.* **Formulario 2**

**Vía telefónica 3 Electrónica 4 Mail a Fax b**

1. ORIGEN DEL SOLICITANTE:

**Instit. pública 1 Instit. privada 2 Particular 3 *(opcional)***

1. TIPO DE INFORMACIÓN:

**Económica 1 Educativa 2 Salud 3**

**Administrativo 4 Otro 5 …………..………………………...….………..**

***(Especificar)***

1. DETALLE DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

# ……………………………………………………

**……………………………………………….………………………………………………………**

**……………………………………………….………………………………………………………**

1. DERIVACIÓN1:

**Institución ……….……………..………………………..….……….. ME N°**

**Nombre del funcionario/a ………………..…………………….**

FIRMA DEL /LA FUNCIONARIO/A DAIP……………………………………………………

ACLARACIÓN

……………………………………………………

***1* Artículo 14.- Incompetencia.** Si la fuente pública requerida no cuenta con la información pública solicitada, por no ser competente para entregarla o por no tenerla, deberá enviar la presentación a aquella habilitada para tal efecto. *Ley 5282/14*

***Las consultas realizadas serán publicadas en*** [***www.ministeriodejusticia.gov.py***](http://www.ministeriodejusticia.gov.py/) ***y actualizadas periódicamente.***

***DIRECCIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA***

*Avda. EE.UU. e/ Rca. de Colombia (ex Registro Civil) - Asunción, Paraguay*

*accesoalainformacion@ministeriodejusticia.gov.py* *- Telefax: +595 (21) 450 650 Telf. +595 (021) 210 217*

**COMPROBANTE**

**FECHA DE LA SOLICITUD:**

**ME N°:**

……………………………………………………

**DIA MES AÑO** FIRMA DEL /LA FUNCIONARIO/A DAIP