



Secretaría  
del Medio  
Ambiente



Folio: [REDACTED]

Clave de formato: TSEDEMA-DGGCA\_SAM\_1

NOMBRE DEL TRÁMITE: Solicitud de personas que requieren atención médica o dependencias que atienden contingencias, para exentar el Programa "Hoy No Circula".

Ciudad de México, a [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

Director General de Gestión de la Calidad del Aire [REDACTED]  
Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales \_\_\_\_\_ el cual tiene su fundamento en \_\_\_\_\_, cuya finalidad es \_\_\_\_\_ y podrán ser transmitidos a \_\_\_\_\_, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Con excepción del teléfono particular, los demás datos son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de \_\_\_\_\_. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es el \_\_\_\_\_, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es \_\_\_\_\_. El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono 56 36 46 36; correo electrónico: datospersonales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx.

**DATOS DEL INTERESADO (PERSONA FÍSICA)**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Nombre (s)	[REDACTED]		
Apellido Paterno	[REDACTED]	Apellido Materno	[REDACTED]
Identificación Oficial <small>(Credencial para votar, Pasaporte, Cartilla, etc.)</small>	[REDACTED]	Número / Folio	[REDACTED]
Nacionalidad	[REDACTED]		

**DATOS DEL INTERESADO (DEPENDENCIA)**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Denominación	[REDACTED]
--------------	------------

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO O FUNCIONARIO**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios en caso de actuar en calidad de representante legal, apoderado, mandatario o tutor.

Nombre (s)	[REDACTED]		
Apellido Paterno	[REDACTED]	Apellido Materno	[REDACTED]
Identificación Oficial	[REDACTED]	Número / Folio	[REDACTED]
Nacionalidad	[REDACTED]		

**Instrumento o documento con el que acredita la representación**

Instrumento o Documento	[REDACTED]
-------------------------	------------

**DOMICILIO PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS EN EL DISTRITO FEDERAL**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Calle	[REDACTED]	No. Exterior	[REDACTED]	No. Interior	[REDACTED]
Colonia	[REDACTED]				
Delegación	[REDACTED]	C.P.	[REDACTED]		
Correo electrónico para recibir notificación	[REDACTED]				

**Persona autorizada para oír y recibir notificaciones y documentos**

Nombre (s)	[REDACTED]		
Apellido Paterno	[REDACTED]	Apellido Materno	[REDACTED]

REQUISITOS	
*Formato TSEDEMA-DGGCA_SAM_1 debidamente requisitado y firmado.	*Programa de renovación de flota anual e instalación de sistemas de control de emisiones (en caso de dependencias).
*Tarjeta de circulación vigente y/o documentos señalados en el Programa de verificación Vehicular Obligatoria Vigente.	*El trámite deberá realizarlo el propietario de la unidad. En caso contrario, presentar Poder Notarial e Identificación Oficial del Representante o Apoderado, o Carta poder firmada ante dos testigos e identificación oficial de todos los participantes.
*Documento en el cual se observe la necesidad de la asistencia médica (sólo para el caso de atención médica).	*Oficio firmado por el titular de la dependencia (En su caso).
*Identificación oficial vigente con fotografía del solicitante (Cartilla del Servicio Militar Nacional o Cédula Profesional o Credencial para Votar o Licencia para Conducir o Pasaporte) original con copia para su cotejo.	

FUNDAMENTO JURÍDICO	
*Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, Artículos 15 fracción IV y 26 fracción III.	*Reglamento de la Ley Ambiental del Distrito Federal.- Artículo 79 fracción VII.
*Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, Artículo 44.	*Decreto por el que se expide el Programa Hoy No Circula en el Distrito Federal.- Apartado VII, numeral 8.
*Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.- Artículo 54 fracciones I y XI.	
Costo: Artículo, fracción, inciso, subinciso del Código Fiscal del Distrito Federal	Sin costo
Documento a obtener	Oficio de exención al acuerdo "Hoy No Circula".
Vigencia del documento a obtener	Temporal (1 día a 6 meses)
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No procede
Observaciones	Una vez realizado el trámite recibirá un acuse de recibo, posteriormente solo en el caso de no recibir la respuesta de forma inmediata, deberá consultar vía telefónica el status del trámite y recoger la respuesta en un plazo de hasta 5 días hábiles, si es favorable recibirá la Autorización para exentar el Programa "Hoy No Circula" temporalmente.

**FIRMAS DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL TRÁMITE "SOLICITUD DE PERSONAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA O DEPENDENCIAS QUE ATIENDEN CONTINGENCIAS, PARA EXENTAR EL PROGRAMA "HOY NO CIRCULA".**

INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL (en su caso)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL TRÁMITE "SOLICITUD DE PERSONAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA O DEPENDENCIAS QUE ATIENDEN CONTINGENCIAS PARA EXENTAR EL PROGRAMA HOY NO CIRCULA", DE FECHA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_.**

Recibió (para ser llenado por la autoridad)		Sello de recepción
Área		
Nombre		
Cargo		
Firma		



**QUEJAS O DENUNCIAS**

**QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.**

**DENUNCIA irregularidades a través del Sistema de Denuncia Ciudadana vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorruptcion.df.gov.mx/mdex.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>**