



DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS REGISTRALES  
Oficina Jurisdiccional de \_\_\_\_\_

**Solicitud de Consulta Múltiple**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INSCRIPCIÓN	SECCIÓN	VOLUMEN	LIBRO	FECHA

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

Hago constar que he leído el acuerdo de privacidad de acuerdo a lo establecido en la Ley de  
Transparencia. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_