



FORMULARIO DE QUERRELLA

Número de Querella	Fecha de presentación
Información del Querellante	
Nombre del Querellante:	
Dirección del Querellante:	
Teléfono del Querellante:	Correo electrónico del Querellante:
Nombre del Participante:	
Relación Querellante con Participante:	
Información del Querellado	
Nombre del Querellado:	
Nombre de la facilidad o Proveedor:	
Dirección de la facilidad o Proveedor:	
Relación del Querellado, Facilidad o Proveedor con el Participante:	
Teléfono de la Facilidad o Proveedor:	Correo electrónico de la Facilidad o Proveedor:



Personas involucradas o testigos

Nombre y Apellidos	Puesto que ocupa y contacto
1.	
2.	
3.	
4.	

Breve Resumen del Evento:

(puede añadir páginas de ser necesario)

Continuación en otra página

Firma del querellante
(en caso de Referido no es requerido firma)

Una vez sea cumplimentado, envíe este formulario a:
mmatos@assmca.pr.gov y/o henry.rodriguez@assmca.pr.gov

PARA USO OFICIAL DE LA ASSMCA:

Nombre quien recibe la querella:

Fecha recibo de Querella:

Querella aduce hechos suficientes

Asignar a:

Querella no aduce hechos suficientes – archivar