AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES
AMA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

[1] Marque el encasillado correspondiente luego de escuchar o haber leído breve explicación acerca del procedimiento establecido.

I- RADICACIÓN DE: QUERELLA ☐ [O] **REPORTE** ☐

(marque [√] una de las dos opciones)

Radicado: personalmente ☐ vía telefónica ☐ correo electrónico ☐

Otro ☐ **Describa**:_____

II- NÚM. DE REF.: _____

(No escriba en este espacio)

III- Describa el motivo de la radicación, (marcar encasillado que corresponda)

Servicio ☐ Discapacidad ☐ Color ☐ Sexo ☐ Nacionalidad ☐ Raza ☐ Religión ☐ Otro ☐ **Describa:** _____

IV- Fecha de la visita o del día de la radicación: _____

Núm. De Teléfono

Nombre y Apellidos: _____

Dirección postal (dónde recibe la correspondencia): _____

Otro núm. de teléfono

_____

Correo Electrónico

_____

V- Asuntos relacionados con el Incidente (narrativa de los hechos)

*** Fecha del incidente:** _____ *** Hora:** _____

*** Ruta:** _____ *** Núm. Unidad:** _____

Otro: _____

Detalles del Incidente

puede continuar escribiendo al dorso de este documento (pág. 2)

[1] Certifico que he recibido orientación (telefónica, escrita o presencial) sobre el proceso de radicación de querella y citación a vista preliminar en el término de 10 días laborables, conforme al **Artículo 16 del Capítulo II del Reglamento H23-01**. En caso de renunciar a mi derecho de comparecencia, acepto que el presente informe sea procesado como un reporte administrativo. Valido lo anterior mediante la selección del encasillado correspondiente en la Parte I de este formulario."

***Firma:** _____

VI- ****Requerido***

RECIBIDO POR: _____ **FECHA:** _____

Funcionario **Oficina de Servicios al Ciudadano**

AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES
AMA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

V- **Detalles del Incidente** (continuación)

Iniciales _____ **Querellante**

Iniciales _____
Funcionario

Nota: la forma AMA OSAC-001 es solamente para impresión