



INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

NOMBRE _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____

_____ PUEBLO, ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL _____

_____ PUEBLO, ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO _____

OTRO _____

DURANTE HORAS LABORALBES

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUERELLADA

NOMBRE COMPLETO _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____

_____ PUEBLO, ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL _____

_____ PUEBLO, ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

TELÉFONOS _____

OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

1. Detalle de manera breve los **hechos que dan origen a su reclamación** (continúe al dorso de ser necesario)

2. Indique la disposición legal aplicable a su reclamo (si la conoce)

3. Indique la solución o remedio que solicita

4. Indique si está disponible para declarar bajo juramento o afirmación, de ser necesario

SI

NO

Firma del querellante

Fecha



1. (continuación) **Hechos que dan origen a la reclamación:**