

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

QUEJAS Y DENUNCIAS

Fecha de llenado

--	--	--

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: _____
Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad
Nombre del Comité: _____
Nombre del proyecto: _____
Estado: _____ No. de registro del
Municipio: _____ Comité de Contraloría Social:
Localidad: _____

II.- Datos de quien presenta la queja

Nombres: _____
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Domicilio: _____
Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
C.P. _____ Teléfono: _____ Correo electrónico _____

III.- Echos

Describe la denuncia, queja o petición:

IV. Personal denunciado y/o área que prestó el servicio

Nombre completo: _____
Ubicación física: _____
Cargo: _____
Área que prestó el servicio: _____

Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".