

Programas de Salud y Bienestar Comunitario (PSBC), FORMATO DE QUEJAS, DENUNCIAS Y SUGERENCIAS

Fecha: _____

| | |
|-------------------------|------------|
| Nombre de la Localidad: | Municipio: |
|-------------------------|------------|

Nombre del Beneficiario que presenta la queja, denuncia o sugerencia:

| | | |
|-----------|------------------|------------------|
| Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido Materno |
| | | |

Domicilio:

| | |
|--|--|
| Calle, numero, colonia, Localidad, municipio, C.P y estado | |
| Teléfonos: | |
| Correo Electrónico: | |

Marque con un X, según corresponda

| | | | | |
|--------------|-----------|--|----------------|-----------------------|
| Denuncia () | Queja () | | Sugerencia () | Otra () Especificar: |
| | | | | |

Descripción de la queja, denuncia o sugerencia (Incluir datos del presunto responsable e incluir pruebas si se tienen)

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---|---|
| | |
| Nombre y firma de quien presenta la queja | Nombre y firma de quien recibe la queja |