



FORMULARIO DE QUEJAS DEL PERSONAL

FECHA _____ I.A. # _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÒN: _____

NÚMERO DE TELÈFONO _____ NÚMERO DE TRABAJO _____
DE QUIEN SE ESTÀ QUEJANDO: _____

TIPO DE QUEJA: _____

FECHA DEL INCIDENTE: _____

HORA DEL INCIDENTE: _____

TESTIGOS:

(Por favor proporcionar nombre, direcciòn y nùmero de telèfono de los testigos.)

1.) _____

2.) _____

3.) _____

4.) _____

5.) _____

6.) _____

HECHOS DEL INCIDENTE:

Multiple horizontal lines for text entry.

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

Pàginas adicionales de quejas total de _____ paginas.

Subscribed and sworn to me this _____ Day of _____

Commission Number: _____ Expires _____

Signature of Notary: _____