

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: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

No. de registro del
Comité de Contraloría Social: _____**II.- Datos de quien presenta la queja**

Nombres: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Domicilio: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

C.P. _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

III.- Hechos

Describa 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*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.**"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".*