PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS

(Diligencie este formato llenando todos los campos solicitados)

Asunto: Instituto INMLCF Queja ☐		
Organización SINDEMEDILEGAL: Reclamos ☐ Solicitudes ☐ Sugerencias ☐		
Nombre:	Apellidos:	
Cedula:	Cargo:	
Correo Electrónico:		
Teléfonos: celular:	Fijo:	
Dirección:		
Regional:	Seccional:	Unidad Básica:
Ciudad:	Fecha:	

Descripción:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

(Si tiene algún documento como soporte a su solicitud por favor adjúntelo a este formato)