

Defensoría Municipal de Derechos
Humanos de Atizapán de Zaragoza

QUEJA _____

Visitador Adjunto _____

Fecha: _____ Hora: _____

DATOS DEL QUEJOSO

Nombre:			
Nacionalidad:	Edad:	Género: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Ocupación:
Grado de Estudios:		Correo electrónico:	
Calle y Número:			
Colonia:		Código Postal:	
Entre que calle y que calle:		Teléfono:	
Población:		Municipio:	

DATOS DEL AGRAVIADO

Nombre:			
Nacionalidad:	Edad:	Género: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Ocupación:
Grado de Estudios:		Correo electrónico:	
Calle y Número:			
Colonia:		Código Postal:	
Entre que calle y que calle:		Teléfono:	
Población:		Municipio:	

PROGRAMA DE ATENCIÓN

Migrantes ()	Indígenas ()	Tercera Edad ()	VIH ()
General de Quejas ()	Periodistas ()	Discapacitados ()	Víctimas del Delito ()
Sistema Penitenciario ()	Cárceles Municipales ()	Atención a la Familia ()	

FORMA EN QUE SE RECIBIÓ LA QUEJA

Directa o personal ()	Telefónica ()	Prensa ()	Internet ()
Acta circunstanciada ()	Fax ()	Carta ()	Otro ()
Municipio donde sucedieron los hechos:			Especifique:
			Materia:

CROQUIS

OBSERVACIONES
