



# AYUNTAMIENTO DE CASTELLAR DE SANTIAGO

PROGRAMA DE ACCIONES EN CALIDAD Y MEJORA DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

IMPRESO NORMALIZADO Nº 5

Pza. de la Constitución, 1. CP 13750. Tf: 926340342 ~ 926340001. Fax: 926340253.

Correo: [castellardesantiago@castellardesantiago.es](mailto:castellardesantiago@castellardesantiago.es)

[www.castellardesantiago.es](http://www.castellardesantiago.es)

## HOJA DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INICIATIVAS Y SUGERENCIAS

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hoja nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ MÓVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### CENTRO/SERVICIO OBJETO DE RECLAMACIÓN O SUGERENCIA

CENTRO: \_\_\_\_\_ HABITACIÓN Nº: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ Castellar de Santiago PROVINCIA: \_\_\_\_\_ Ciudad Real

### DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN, QUEJA, INICIATIVA O SUGERENCIA:

(En caso de requerir más espacio, utilizar una nueva hoja y numerarla)

Firma del interesado

Firma del receptor

Nombre \_\_\_\_\_  
D.N.I: \_\_\_\_\_

Esta Hoja se llenará por el interesado sin desprenderla del libro, recibiendo la copia del receptor

Si desea su presentación o envío directo podrá obtener el modelo en las oficinas municipales o en la web [www.castellardesantiago.es](http://www.castellardesantiago.es)