



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. tlf: 926340342 - 926340001. Fax: 926340253.

Correo: castellardesantiago@castellardesantiago.es

www.castellardesantiago.es

HOJA DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INICIATIVAS Y SUGERENCIAS

Fecha: ____ / ____ / 20____

Hoja nº ____ de ____

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA: CP:

DNI/NIE: TELEFONO FIJO: MÓVIL:

CORREO ELECTRONICO:

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 rellenará 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