







ANEXO VIII

Programa de Servicios de Asistencia Social Integral

QUEJAS Y DENUNCIAS Fecha de llenado I.- Datos Generales Responsable del llenado: Programa Social: Programa de Servicios de Asistencia Social Integral Nombre del Comité: Nombre del Componente o Centro: Estado: No. de registro del Comité de Contraloría Social: Municipio: Localidad: II.- Datos de quien presenta la queja Nombres: Apellido Paterno: Apellido Materno: Domicilio: Estado: Municipio: ____ Localidad: Correo electrónico Teléfono: III.- Echos 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:

"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".

Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia