



COMISION ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

DATOS DE LA PERSONA QUE PUSO LA DENUNCIA

FECHA _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____ IDENTIFICACIÓN _____

DESCRIPCIÓN DE LA DENUNCIA

DATOS DE LA PERSONA QUE ESTA OCACIONANDO EL PROBLEMA

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

UBICACIÓN EN EL CROQUIS
