



**DIRECCION DE LA CONTRALORIA INTERNA.  
COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE  
MEDICO DE OAXACA.**

**FORMATO DE QUEJA O DENUNCIA CONTRA  
SERVIDORES PUBLICOS DE LA C.E.A.M.O.**

<b>Fecha:</b>			
	día	mes	año

<b>NUMERO DE EXPEDIENTE</b>	
-----------------------------	--

Para control interno.

<b>NOMBRE(ES) DEL O LOS SERVIDOR(ES) PUBLICO(S) DE QUIEN INTERPONE QUEJA Y/O DENUNCIA.</b>
<b>PUESTO QUE DESEMPEÑA(N).</b>

<b>DATOS DEL SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE</b>						
<b>Persona Física</b>						
<table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:33%">_____</td> <td style="width:33%">_____</td> <td style="width:33%">_____</td> </tr> <tr> <td align="center">Apellido Paterno</td> <td align="center">Apellido Materno</td> <td align="center">Nombre (s)</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
_____	_____	_____				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)				
<b>Domicilio para oír y recibir notificaciones.</b>						
Calle _____						
Número interior _____	Número exterior _____					
Entre la calle _____	y la calle _____					
Colonia _____	Teléfono _____					
Ciudad _____	Estado _____					
Correo electrónico: _____						

<b>ANEXOS.</b>	
Carta poder <input type="checkbox"/>	<i>Sólo en caso de presentar la queja mediante representante.</i>
Documento anexo a solicitud <input type="checkbox"/>	<i>Sólo en caso de no ser suficiente el espacio para descripción.</i>

<b>LUGAR PARA RECIBIR NOTIFICACIONES.</b>
<input type="checkbox"/> En el domicilio de la Contraloria Interna de la CEAMO.
<input type="checkbox"/> Correo electrónico.
<input type="checkbox"/> Domicilio particular.

<p><i>Describe la fecha en que sucedieron los hechos, donde sucedió, como sucedieron los hechos. Si el espacio no es suficiente, puede anexas hojas a esta solicitud.</i></p>

