



Fecha de Atención: _____/_____/_____

DEPARTAMENTO DE SANIDAD MUNICIPAL.

SOLICITUD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANIA.

QUEJAS DE ANIMALES DE TRASPATIO.

IDENTIDAD DEL AFECTADO

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____

Teléfono: _____

Entre Calles: _____

Motivo de la queja: _____

Alimentos: _____ Fauna Nociva: _____ Animales de Traspatio: _____

Otros: _____

IDENTIDAD DEL AFECTANTE

Nombre: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____

Teléfono: _____

RESULTADOS DE LA VISITA

Notificación mediante acta _____ Folio _____

Documento Entregado _____

Compromiso de Solución _____

OBSERVACIONES:

Nombre de quien atendió _____

Firma del Quejoso. _____

PROHIBIDA SU EXHIBICIÓN
EXCLUSIVO DE MANERA
INTERNA EN EL DEPTO.