



AYUNTAMIENTO DE CASTELLAR DE SANTIAGO

P.A.C.A.

PLAN DE ACCIÓN EN CALIDAD Y MEJORA DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

IMPRESO NORMALIZADO Nº 5

Pza. de la Constitución, 1. CP 13750. tf: 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:.....C.P:.....

DNI/NIE:..... TELÉFONO FIJO:.....MÓVIL:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

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