



FORMULARIO DE ATENCIÓN DE DENUNCIAS

FORM. GAMT D.T.L.C.C N.º _____

FECHA:

--	--	--

DÍA

MES

AÑO

RESPONSIBLE DE RECEPCIÓN:

--

1.- DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre(S) Y Apellido(S):

--

Documento De Identidad:

--

EXP.:

--

Teléfono:

--

Correo Electrónico:

--

¿Desea Reservar su Identidad?:

SI

NO

2.- DATOS DEL FUNCIONARIO(S) DENUNCIADO(S)

Nombre(s) y Apellido(s):

--

--

Secretaría Mcpal.,
Dirección o Jefatura:

--

Cargo:

--

✉ transparencia@trinidad.gob.bo



4.- INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTOS PROPORCIONADOS POR EL DENUNCIANTE (PRUEBAS)

FAVOR INDIQUE LAS **"PRUEBAS"** QUE ADJUNTA A LA DOCUMENTACIÓN

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

FIRMA DEL DENUNCIANTE