FORMULARIO DE QUEJA

Fecha:_____

Nombre:_____Seguro Social:_____Telefono:_____

Direccion Apartamento Ciudad Estado Codigo de Area

Empleador:**_____Supervisor**:**_____**

Direccion:**_____Telefono del Garaje**:**_____Turno de horario**:**_____**

Motivo de quejas:
(**Escoja uno**) **Terminacion – Despedido – Suspencion – Otros:_____**
Cuando ocurrido(Fecha):_____
……
……..
Resume del hecho:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Agraviador(firma):_____Fecha:_____Fecha de Init:_____

"PORFAVOR NO ESCRIBE DEBAJO DE ESTA LINEA"

Mensualida pagada hasta la fecha:_____Seguro Medico- SI_____NO_____

Fecha de Audiencia:_____ Reinstalado desde:_____
COMENTARIOS:_____
_____
_____

*Entrevistado por:*_____ *Fecha:*_____