



**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>		
_____	_____	_____
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.

<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>



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


*Original, CEAMO / Copia, solicitante*

--

Firma del solicitante