

SEÑORES DE LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCION DE DERECHOS DE SALINAS

1. DATOS DEL O LA DENUNCIANTE

*Nombres y apellidos:			*#C.I. <input type="text"/>
*Edad:	Estado Civil:	Nacionalidad:	Profesión:
*Domicilio: Madre <input type="checkbox"/> Vecino/a			
*Correo electrónico:		*Teléfonos:	
*Relación que tienen con la persona presuntamente afectada: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otros _____			

*Campos obligatorios a ser llenado

NOTA: Se debe anexar la copia de cédula de la persona denunciante.

2. DATOS DEL O LA PRESUNTAMENTE AFECTADO(A):

Nombres y apellidos completos	Edad	# de Cédula	*Discapacidad
1.			
2.			
3.			
4.			

Domicilio:
(Especificar Cda. Mz.
Av. Calle,)referencia)

3. DATOS DEL O LA DENUNCIADO(A):

*Nombres y apellidos:			
Edad:	Estado Civil:	Nacionalidad:	Ocupación:
*Domicilio: (Especificar Cda. Mz. Av. Calle,)referencia)			
*Relación que tienen con la persona presuntamente afectada: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Otros _____			
Teléfonos:			

* Campos obligatorios a ser llenados

