ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTONOMO DE CAGUAS
Oficina de Recursos Humanos

CAGUAS

REGISTRO DE INCIDENTE CON USUARIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

NOMBRE DEL CONDUCTOR	FECHA DEL INCIDENTE
	_____ (DIA / MES / AÑO)
RUTA	**HORA DEL INCIDENTE**

EXPOSICIÓN BREVE DE LOS HECHOS OCURRIDOS

INFORMACIÓN DEL USUARIO DE LA TRANSPORTACIÓN PÚBLICA	
APELLIDOS, NOMBRE:	DIRECCIÓN:
NÚMERO TELEFÓNICO:	INFORMACIÓN ADICIONAL:

TESTIGOS DE LOS HECHOS	
NOMBRE	**NÚMERO TELFÓNICO Y DIRECCIÓN**

_____ _____
FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

_____ _____
FIRMA DEL DIRECTOR (A) DE DEPENDENCIA Y/O SUPERVISOR INMEDIATO FECHA