Apartado 907 Caguas, PR 00726
Tel. (787) 653-8833

Departamento de Servicios al Ciudadano

Programa de Transportación

Formulario Quejas Departamento ADA

De : _____ Teléfono: _____
(Nombre del ciudadano)

Información del Ciudadano	Situación dirigida a
Cliente PT _____ CM _____	**Personal De Oficina ___ Explique _____**
Potencial participante _____	**Choferes _____**
Visitante ____	**Otros_____ Explique _____**

Razón de la queja / Comentarios:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Ciudadano: _____

Fecha: _____ Hora: _____

(mes /día /año)

USO EXCLUSIVO PERSONAL DE OFICINA			
Nombre quien recibe la quejas	**Fecha**	**Hora**	**Titulo**
Acción tomada:			
Hallazgos en la investigación:			
Resultados finales:			
Comentarios adicionales:			