

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:			
Domicilio:			
Código postal:		Provincia:	
DNI o Pasaporte:		Telf. fijo:	Telf. móvil:
e-mail:		Teléfono móvil:	
Estudiante <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	Profesor Tutor <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

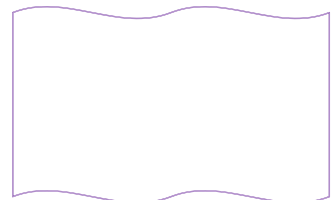
RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> QUEJA <input type="checkbox"/> SUGERENCIA <input type="checkbox"/>	Fecha de la incidencia	Descripción de la RECLAMACIÓN, QUEJA o SUGERENCIA:

Indique el medio por el que desea tener constancia de la presentación de su reclamación, que o sugerencia y recibir la respuesta pertinente:

Correo postal **e-mail**

En a de de

Firma:



Recibida la reclamación, el/la responsable de su gestión informará al interesado de las actuaciones realizadas en el plazo de 20 días hábiles desde la fecha de entrada en el registro del Centro Asociado.