**FORMATO 8**

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR**

**“QUEJAS, DENUNCIAS O PETICIONES”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Elaboración:** |  |  |  |
|  | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **Número de Folio** |  | | |

1. **NOMBRE DEL COMITÉ:**
2. **INDIQUE SI SE TRATA DE UNA QUEJA, DENUNCIA O PETICIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | QUEJA |  | DENUNCIA |  | PETICIÓN  Si esta es su selección, favor de pasar al numeral VI |

1. **QUEJOSO O DENUNCIANTE**

¿Desea que su queja o denuncia sea anónima?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  | **Proporcionar la siguiente información** |
| **No proporcionar información** | |  | **(Indique su nombre):** |  |
|  |  | **Indique el medio por el cual es posible contactarlo:** | | | |
|  |  |  | **Teléfono:** |  |
|  |  |  | **Celular:** |  |
|  |  |  | **Correo electrónico:** |  |
|  |  |  | **Otro medio(especifique)** |  |

(sus datos personales se encuentran protegidos en términos de lo señalado por las leyes y demás disposiciones legales en materia de transparencia y Protección de Datos Personales)

1. **Datos de la Queja o Denuncia**

**¿Dónde Ocurrieron los hechos?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instancia Ejecutora: | |  |  |
| Domicilio: |  | Estado: |  |
| Municipio: |  | Localidad: |  |
| Código Postal: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de los Hechos:** |  |  |  |
|  | **Día** | **Mes** | **Año** |

**¿Cuáles fueron los hechos?, favor de describir el mayor detalle posible el motivo de la Queja o Denuncia.**

1. **Servidor Público a quien presenta la Queja o Denuncia**

**¿Ante quien deseas presentar la queja o denuncia?**

|  |  |
| --- | --- |
| Indicar los datos de Servidos Público: |  |
| Nombre del servidor Público: |  |
| Puesto: |  |
| Departamento de adscripción: |  |
| Instancia Ejecutora: |  |

1. **Otros elementos que sustenten la Queja o Denuncia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presenta Pruebas:** |  | **SI** |  | **NO** |

En caso de ser afirmativa descríbalas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cuenta con Testigos:** |  | **SI** |  | **NO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso de ser afirmativo indique: | | | | CURP |
| Nombre completo del testigo 1: |  | Número Telefónico: |  |  |
| Nombre completo del testigo 2: |  | Número Telefónico: |  |  |

1. **Petición**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Beneficiario** | |
| **Nombre Completo:** |  |
| **Puesto:** |  |
| **Firma:** |  |

**Describa de forma detallada su Petición:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre, Puesto y firma de quien presenta** |  | **Nombre y Firma del Responsable de Contraloría Social** |
| Si la Queja o la Denuncia es anónima, solo deberán de entregar las evidencias correspondientes para su atención, de lo contrario no procederá la Queja o la Denuncia. |  |  |