**Dirección de Salud Municipal**
**Departamento de Regulación Sanitaria**
PRESENTE.

## Solicitud de Quejas y Denuncia Ciudadana

El que suscribe _____
Nombre A. Paterno A. Materno

con domicilio en _____
Calle N° Colonia

entre calle _____ y calle _____

de la localidad de _____ con código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

**Expongo la siguiente queja sanitaria ante usted como autoridad sanitaria municipal**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**para lo cual proporciono datos del afectante**

_____
Nombre A. Paterno A. Materno

con domicilio en _____
Calle N° Colonia Código Postal

entre calle _____ y calle _____

de la localidad de _____ Municipio _____

Xalapa-Enríquez, Ver. a ____ de _____ de 202__.

**Atentamente**

_____

**Nombre y Firma**

NOTA:
deberá incluir fotocopia de identificación con fotografía del afectado (a), en caso contrario no se dará curso a la queja sanitaria presente.

AVISO DE PRIVACIDAD
AL REVERSO

Departamento de
**Regulación Sanitaria**

**Anexar o dibujar croquis de la ubicación del domicilio afectante.**



**AVISO DE PRIVACIDAD**
*Se informa que la presente queja interpuesta por Usted es ANÓNIMA y que los datos personales solicitados tienen como finalidad la integración del expediente, darle continuidad e informar la resolución final a las partes, esto con fundamento en los artículos 8, 16 párrafo segundo y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 7 de la Constitución Política del Estado de Veracruz; artículos 4, 5, 6 y 7 del Código de Procedimientos Administrativos para el Estado de Veracruz; artículo 3 apartado B de la Ley de Salud del Estado; artículos 19 fracción XI bis, 54 quinquies fracciones IX, X, 54 septies número 3 del Reglamento de la Administración Pública Municipal del H. Ayuntamiento de Xalapa; artículo 3 párrafo segundo del Bando de Policía y Gobierno para Municipio de Xalapa; artículo 1 fracciones II y IV del Reglamento de Salud Municipal.