ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
COMISION PARA VENTILAR QUERELLAS MUNICIPALES
SAN JUAN, PUERTO RICO

NOMBRE _____	*	QUERELLA NÚM.
	*	
QUERELLANTE	*	
	*	SOBRE: _____
VS. _____	*	_____
	*	
NOMBRE	*	_____
MUNICIPIO _____	*	_____
	*	_____
QUERELLADO	*	

****

QUERELLA

Descripción de su querella

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma Fecha
Dirección Postal
Dirección Física
Seguro Social
Teléfono