



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUEN
ALCALDIA

FOLIO N°: _____

RECLAMOS Y/O SUGERENCIAS
MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUÉN

Fecha de Reclamo: _____

Nombre: _____

Rut: _____ Teléfono: _____ (Opcional)

Domicilio: _____

Deseo Ser Notificado Al E-Mail: _____

Motivo del Reclamo o Sugerencia
Marque con una (X)

<input type="checkbox"/> Incumplimiento de Plazos	<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Salud
<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> Infraestructura Vial	<input type="checkbox"/> Deportes
<input type="checkbox"/> Atención del Persona	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Aseo y Ornato
<input type="checkbox"/> Tránsito	<input type="checkbox"/> Rentas y Patentes	<input type="checkbox"/> Otros

RECLAMO Y/O SUGERENCIA

Anexa algún documento: ___SI ___NO

Descríbalo _____

FIRMA

Enviar este formulario con los datos correspondientes a: oirs@mpitrufquen.cl o presentarlo en la Oficina de Partes de la I. Municipalidad de Pitrufquén Fco. Bilbao N°593 1er piso. Agradecemos sus observaciones las que serán atendidas en el menor tiempo posible ¡GRACIAS!