

DOCUMENTO MARCO DE RECLAMACIÓN

FECHA DE INCIDENCIA

PROCEDENCIA

Acceso directo

Servicios Sociales

Número SAF (si procede)

DATOS DE USUARIO/A

NOMBRE	
APELLIDOS	
DIRECCIÓN	
DISTRITO	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
TELÉFONO	
E.MAIL	
VÍA DE COMUNICACIÓN DE RESPUESTA	Email <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA / RECLAMACIÓN (A RELLENAR POR SOLICITANTE)

Servicio de Atención a la Familia | Plaza de los Carros 11, 28802 Alcalá de Henares
Tel. 911 15 67 09 | info@servicioatencionfamilia.org

RESPUESTA INSTITUCIONAL (A RELLENAR POR SAF Y/O SS.SS)

FIRMA INTERESADO/A

Nombre:

Servicio de Atención a la Familia | Plaza de los Carros 11, 28802 Alcalá de Henares
Tel. 911 15 67 09 | info@servicioatencionfamilia.org