

**FORMATO DE QUEJA CONTRA DIPUTADAS Y DIPUTADOS DEL
HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA**

Núm. consecutivo	
------------------	--

(Espacio para ser llenado por la Institución)

DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL QUEJOSO (A):

Hombre () Mujer () Otro ()

Nombre: _____

Edad: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Puesto: _____

Órgano técnico administrativo: _____

Director (a) inmediato (a) y/o Jefe (a) inmediato: _____

**PARA QUE SU QUEJA PROCEDA ADECUADAMENTE, ES OBLIGATORIO LLENAR
LOS DATOS DEL DIPUTADO/DIPUTADA EN CONTRA DE QUIEN SE ATRIBUYE LA
QUEJA:**

Nombre del Diputado (a):



Declaración de los hechos:

Pruebas que acrediten los hechos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En su caso, personas que presenciaron los hechos:

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. Nombre: _____ | Teléfono: _____ |
| 2. Nombre: _____ | Teléfono: _____ |
| 3. Nombre: _____ | Teléfono: _____ |

Nombre y firma de quien presenta la queja

AVISO DE PRIVACIDAD

El Congreso del Estado de Puebla es el responsable del tratamiento de los datos personales en términos del Aviso de Privacidad Integral que puede consultar en www.congresopuebla.gob.mx.

UIG-FQ-003-2021-2024