**FORMATO DE DELACIÓN**

**Los espacios marcados con asterisco son requisito para el proceso de delación el resto de la información es con fines estadísticos y es con carácter de opcional.**

|  |
| --- |
| \*Nombre del Denunciante |
|   |
| \*Domicilio para recibir notificaciones |
|   |
| Fecha de nacimiento | Edad |
|   |   |
| Situación conyugal | Nivel de estudios |
|   |   |
| \*Teléfono para establecer contacto | \*Correo electrónico para recibir notificaciones |
|   |   |
| Correo electrónico alterno | Teléfono alterno |
|   |   |

**En caso de que la queja o Delación sea anónima, es requisito llenar los siguientes datos de dos personas que sean testigos de los Hechos:**

|  |
| --- |
|  |
| \*Nombre completo |
|   |  |
| \*Correo electrónico | \*Teléfono |
|   |   |
|  |
| \*Nombre completo |
|   |  |
| \*Correo electrónico | \*Teléfono |
|   |   |

|  |
| --- |
|   |
| Nombre del servidor público involucrado (a) |
|   |
| Breve descripción de los hechos (indicar fecha, hora, lugar).  |
|  |  |
| **Información Adicional** |  |
| ¿Vive con alguna discapacidad o se identifica como una persona con discapacidad? |  SI ( ) NO ( ) |
| ¿Habla lengua indígena? |  SI ( ) NO ( ) |
| ¿De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera indígena?  |  SI ( ) NO ( ) |
|  |  |
| Fecha de recepción de la Delación:  |  |