

**QUEJA NUM:** CMDHLOSCABOS-QJ/000/2018

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO :**

**NOMBRE:**

QUEJOSA (O): ( )

AGRAVIADA: ( )

NACIONALIDAD: Mexicana

**RELACION DEL QUEJOSO CON EL AGRAVIADO:**

PADRES ( )      ESPOSO/A ( )      HERMANO/A ( )      TIO/A ( )      PRIMO/A ( )  
SOBRINO ( )      NIETO/A ( )      HIJO/A ( )      AMISTAD ( )      OTRO ( )

**INFORMACION:**

M ( )

F ( )

**OCUPACIÓN O PROFESIÓN:**

**LUGAR DE NACIMIENTO:**

**DOM. PARTICULAR:**

**TELEFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR O DEJAR MENSAJE:**

CASA:

CEL.

SE PRESENTO EL DÍA:

HORA:00:00

**MOTIVO DE LA COMPARECENCIA:**

**AMBITO:** Laboral ( )      Familiar ( )      Penal ( )      Administrativo ( )      Civil ( )      Otros ( )

**OBSERVACIONES:**

FIRMA O HUELLA DIGITAL

---

SECRETARIO VISITADOR DE LA COORDINACION MUNICIPAL  
DE DERECHOS HUMANOS

---