

County of Santa Clara
Probation Department
Forma Pública de la Queja



INFORMACIÓN DEL PERSONA QUE TIENE LA QUEJA:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Estoy divulgando al empleado(s) siguiente:

- | | | |
|----------|-----------------------------|-------|
| 1. _____ | Localización donde trabaja: | _____ |
| 2. _____ | Localización donde trabaja: | _____ |
| 3. _____ | Localización donde trabaja: | _____ |

En _____ el(los) empleado(s) hizo el siguiente:
(Fecha)

(Más información o páginas adicionales se puede unir a esta página)

Firma Fecha

No escriba debajo de esta línea

PARA EL USO DE NUESTRO DEPARTAMENTO/FOR DEPARTMENT USE ONLY

Received by: _____

RECEIVING SUPERVISOR'S SIGNATURE

RECEIVING MANAGER'S SIGNATURE