



CONFIDENCIAL

FORMATO DE DENUNCIA CIUDADANA

Acuerdo No. 2113

RECEPCION

Lugar:

Fecha (dd/mm/aaaa):

DATOS DEL DENUNCIANTE

PERSONA NATURAL

NOMBRE:

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DATOS PERSONALES

Información de búsqueda / Elija con una "X" la opción deseada:

NOMBRE DEL DOCUMENTO

NÚMERO DEL DOCUMENTO

TARJETA DE IDENTIDAD

CARNET DE RESIDENCIA

PASAPORTE

OTRO:

DENUNCIA CONFIDENCIAL

A CONTINUACION ESCRIBA CON DETALLE Y DE MANERA CLARA SU DENUNCIA:



Gobierno de la  
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

PRESENTA PRUEBAS	MODALIDAD DE ENTREGA
Elija con una "X" la opción deseada:  SI <input type="checkbox"/>  NO <input type="checkbox"/>	Presencial: <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: <input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DEL DENUNCIANTE
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE