

SOLICITUD DE COLABORACION

Yo : _____ MAYOR DE EDAD Y
CON IDENTIDAD No _____ CON DOMICILIO
EN _____

TELEFONO No. _____ POR ESTE MEDIO SOLICITO AL SEÑOR ALCALDE
MUNICIPAL LA COLABORACION PARA

SANTA LUCIA F.M. _____ DE _____ 2018

FIRMA



DECLARACION

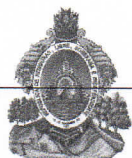
Por este acto declaro que la información proporcionada es completamente verdadera.

Santa Lucia F.M _____ de _____ del año _____

Firma del denunciante

Firma y sello del receptor de la denuncia





Municipalidad de Santa Lucía, F.M.

TIPO DE DENUNCIA

Teléfono: (504) 2779-0404, 2779-0433, 2779-0439

Fax : (504) 2779-0295

VIOLENCIA DOMESTICA _____

MANUNTENCION _____

MUJERES ACOSADAS _____

MALTRATO A MENORES _____

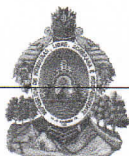
NIÑOS EN RIESGO SOCIAL _____

NIÑOS ACOSADOS SEXUALMENTE _____

OTROS _____

DESCRIPCION DE LOS HECHOS





Municipalidad de Santa Lucía, F.M.

Honduras, C.A.

Teléfono: (504) 2779-0404, 2779-0433, 2779-0439

Fax : (504) 2779-0295

FORMULARIO DE RECEPCION DE DENUNCIA

DEPARTAMENTO: OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER

DENUNCIA N. _____ 201

ESTE FORMULARIO DEBERA LLENARSE EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE

DATOS DEL DENUNCIANTE

NOMBRE Y APELLIDO _____

CEDULA DE IDENTIDAD _____

DIRECCION EXACTA _____

TELEFONO _____

DATOS DEL DENUNCIADO

NOMBRE Y APELLIDO _____

CEDULA DE IDENTIDAD _____

DIRECCION EXACTA _____

