ALCALDIA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras C.A.

GERENCIA DE ORDEN PÚBLICO
DEPARTAMENTO DE PERMISOS Y AMBULANTES
FORMULARIO DE RECEPCION DE DENUNCIAS

DATOS DEL DENUNCIANTE:

Nombres y apellidos:_____
No. Identidad:_____
Dirección exacta:_____

DATOS DEL DENUNCIADO:

Nombres y Apellidos:_____
Dirección del denunciado:_____

DESCRIPCION DE LOS HECHOS:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL DENUNCIANTE:_____

RECEPTOR:_____

FECHA:_____ HORA:_____

Observaciones:_____

_____