



DENUNCIA DIRECTA DEL CIUDADANO



| | | | |
|---|---------------------|---|--|
| FECHA: | | CASO N° | |
| COMPARECIENTE | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | | CÉDULA DE IDENTIDAD | |
| DIRECCIÓN | | CORREO | |
| | | TELÉFONO CASA: | |
| | | TELÉFONO CELULAR: | |
| | | TELÉFONO OTROS: | |
| DENUNCIA / NOMBRE | | | |
| PERSONA NATURAL/JURÍDICA <input type="checkbox"/> | | ENTE U ORGANISMO <input type="checkbox"/> | CONSEJO COMUNAL <input type="checkbox"/> |
| DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS | | | |
| SOPORTES DOCUMENTALES | | | |
| NOMBRE(S) DE LOS CIUDADANOS Y FUNCIONARIOS DENUNCIADOS | | | |
| C.I. | APELLIDOS Y NOMBRES | CARGO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿LA DENUNCIA HA SIDO PRESENTADA ANTE OTRA INSTANCIA O FECHA ANTERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA MENCIONE DATOS | | | |
| ¿LOS HECHOS SEÑALADOS SON COMPETENCIA DE LA CONTRALORÍA DEL ESTADO BOLIVARIANO DE MIRANDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, INDIQUE EL ORGANISMO | | | |
| ACEPTACIÓN DE LA DENUNCIA | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO RECEPTOR | | SELLO | COMPARECIENTE |
| FIRMA | FECHA | | FECHA |
| | | | |