|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMATO DE QUEJA** | | |
| **UNIDAD DE IGUALDAD SUSTANTIVA UCEMICH** | | |
| **Lugar y fecha**: | | |
| **Nombre de quien interpone la queja**: | | |
| **Edad**: | **Trayectoria**: | |
| **Teléfono**: | | **Correo**: |
| **Descripción de hechos**: | | |
| **Documentos y/o evidencia presentada**: | | |
| **Nombre(s) a quien(es) se interpone la queja**: | | |

Declaro que todo lo relatado en este documento es verdadero y asumo la responsabilidad de las acciones que esto genere.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma