



FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE DENUNCIAS ANTE LA FISCALIA DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS



Fiscalía

Fecha: _____

Nombre del denunciante: _____

Número de Cédula: _____ Teléfonos: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

Otra dirección para notificaciones: _____

Nombre del denunciado: _____

Código: _____

Lugar dónde se originan los hechos denunciados: _____

Fecha de los acontecimientos que motivan la denuncia _____

Pretensión: _____

Breve descripción del motivo de la denuncia:

Multiple horizontal lines for describing the reason for the complaint.

Firma: _____

Cédula: _____