

SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES

SQR

Nombre y apellidos	
Teléfono	
<input type="checkbox"/> Alumno/a <input type="checkbox"/> Profesor/a <input type="checkbox"/> Personal administración y servicios <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor legal <input type="checkbox"/> Otros (especificar).....	

N°	
-----------	--

No rellenar en zona sombreada

Descripción de la sugerencia, queja o reclamación	Fecha

Análisis inicial					
Tipo		Sugerencia	Trámite		Respuesta
		Queja			Informe
		Reclamación			No conformidad

Respuesta a sugerencia, queja o reclamación	Fecha y Hora :

Fecha y firma