



PROVINCIA DE SANTA FE
MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE ROSARIO
Facultad de Ciencias Médicas
Área Salud y Trabajo

FORMULARIO DE RECLAMOS

FR-01

FECHA DEL RECLAMO ____ / ____ / ____

DATOS DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE				TIPO DE DOC	N° DE DOCUMENTO	
DOMICILIO DE RESIDENCIA	CALLE	N°	PISO	DEPTO	LOCALIDAD	TELÉFONO

MOTIVO DEL RECLAMO

AUSENCIA EN DOMICILIO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:
OTROS <input type="checkbox"/>	

EVALUACIÓN DEL RECLAMO (A COMPLETAR POR ASyT)

N° TRÁMITE SARH:	OBSERVACIONES:
JUSTIFICADO <input type="checkbox"/>	
NO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/>	

FIRMAS

..... AGENTE FIRMA Y ACLARACIÓN DELEGACIÓN REGIONAL FIRMA Y ACLARACIÓN ASyT - UNR FIRMA Y ACLARACIÓN
--	---	--