



**H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE BACALAR**  
2024 - 2027

**DENUNCIA SANITARIA**

Número de Queja: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. El formato no será validado si presenta tachadura o enmendaduras en la información.

**DENUNCIA DE:**

Establecimiento \_\_\_\_\_ Producto \_\_\_\_\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**DATOS DEL DENUNCIANTE:**

PERSONA FÍSICA:	PERSONA MORAL
Nombre: _____	Nombre: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Colonia: _____	Colonia: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

**DATOS DEL DENUNCIADO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_ Cruzamiento: \_\_\_\_\_

**H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE BACALAR**  
2024 - 2027

Ubique en el croquis el área donde se encuentra el problema

CROQUIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DESCRIPCION DE LA DENUNCIA:**

---

---

---

---

---

---

**Declaro bajo protesta sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al sistema federal sanitario (Artículo 35 Fracción II de la Ley Federal de Procesamiento Administrativo).**

**SELECCIONE EL/LOS ANEXOS QUE ADJUNTARA A SU QUEJA**

Ninguno \_\_\_\_\_ Fotografía \_\_\_\_\_ Oficio \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma autógrafa del Denunciante.**

