



COLEGIO DE MÉDICOS-VETERINARIOS DE PUERTO RICO
COMISIÓN CONTRA EL INTRUSISMO
352 Calle San Claudio STE 1 PMB 248 San Juan, PR 00926
Tel: (787) 520-0237 • E-mail: info@cmvpr.org

FORMULARIO DE QUEJA

Nombre del Reclamante: _____

Fecha: _____ **Lugar del Incidente:** _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Ocupación:** _____

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

INFORMACIÓN DEL RECLAMADO

Nombre del Reclamado: _____

Dirección Física del Reclamado (si la conoce): _____

Dirección Postal del Reclamado (si la conoce): _____

Teléfono del Reclamado (si lo conoce): _____

DETERMINACIÓN (Para uso exclusivo de la Comisión)

Referir a Investigación

Se archiva por (fundamento): _____

Presidente(a) de la Comisión de Intrusismo

*Para que este formulario de Queja sea procesado, el mismo deberá estar completado en todas sus partes, incluyendo la "Declaración Jurada" debidamente firmada ante notario público.

COLEGIO DE MÉDICOS-VETERINARIOS DE PUERTO RICO
COMISIÓN CONTRA EL INTRUSISMO
352 Calle San Claudio STE 1 PMB 248 San Juan, PR 00926
Tel: (787) 520-0237 • E-mail: info@cmvpr.org

JURAMENTO

En testimonio de lo cual, juro y suscribo la presente en _____,
Puerto Rico hoy, ____ de _____ de _____.

Afidávit Núm. _____

Jurado y suscrito ante mi por _____, de las
circunstancias personales antes expresadas. En _____, Puerto Rico hoy,
_____ de _____ de _____.

NOTARIO PÚBLICO