

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA"

ANEXO 1

No. Folio y/o Exp. _____

Fecha _____ Hora _____

Datos de la persona que presenta la queja o denuncia (delación)

Nombre	Domicilio
---------------	------------------

Teléfono	Correo Electrónico	Firma
-----------------	---------------------------	--------------

(Advertencia a la persona que desee conservar el anonimato, respecto a que solo podrá enterarse del curso de la queja o denuncia (delación) presentada a través del seguimiento que ella misma dé a las Sesiones del Comité)

Datos del servidor/a público/a contra quien se presenta la queja o denuncia (delación)

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------------	-------------------------	-------------------------

Entidad o Dependencia en la que desempeña: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA"

Cargo o puesto:

Breve Narración del hecho o conducta:

Ocurrió en:	Día	Mes	Año
--------------------	------------	------------	------------

Datos de la persona que haya sido testigo de los hechos:

Nombre.	Domicilio
Teléfono	Correo electrónico

En caso de laborar en la Administración Pública Federal, anotar los siguientes datos:

Entidad o Dependencia	Cargo
------------------------------	--------------

- **En caso de que la persona que presente la queja o denuncia (delación), no desee ser identificada, deberá proporcionar los datos de un tercero a quien le consten los hechos, motivo de la queja o denuncia (delación)**

Nota: Los datos personales contenidos en la presente, se considerarán reservados y/o confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.