



Pharr Police Department

Ruben Villegas
Chief of Police

FORMA DE RECEPCION DE QUEJAS

DIA DEL REPORTE: _____ HORA: _____ A.M./P.M.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE QUEJA: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____

TELEFONO#: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR: _____

TELEFONO CELULAR: _____

OFICIALES MENCIONADOS EN LA QUEJA:

1. _____

2. _____

DIA DEL INCIDENTE OCURRIDO _____ HORA: _____ A.M./P.M

LUGAR DEL INCIDENTE: _____

NATURALEZA O FORMA DE LA QUEJA:

RECIBIO FORMATO DE LA QUEJA? SI _____ NO _____

ACCIONES TOMADAS POR EL SUPERVISOR:

GARANTIA VIOLADA: _____

FOTOGRAFIAS TOMADAS: NO _____ SI _____ NO APLICA _____

NUMERO DE CASOS ASOCIADOS CON LA QUEJA:

1. _____

2. _____

3. _____

REPORTADO POR EL SUPERVISOR: _____

