UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

FORMULARIO DE QUEJA/SUGERENCIA

☐ Queja ☐ Sugerencia

DATOS PERSONALES

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ DNI: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

COLECTIVO AL QUE PERTENECE: ☐ ESTUDIANTE ☐ PDI ☐ PAS ☐ OTROS

EDAD: _____

¿DESEA RESPUESTA? ☐ SI ☐ NO

MOTIVO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma

Sr. Vicedecano de Calidad de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología