



FORMULARIO DE QUEJAS Y AGRAVIOS



Servidores Públicos Unidos de Puerto Rico

Departamento de Educación

Enviar a: Departamento de Educación
Oficina de Convenios Colectivos
PO BOX 190759
San Juan PR 00919-0759

PASO II Comité de Conciliación

Nombre del Querellante _____ Seguro Social _____

Dirección del Querellante _____

Teléfono _____ Puesto y categoría que ocupa: _____

Centro de Trabajo _____ Teléfono Trabajo: _____

Delegado del Centro: _____ Teléfono: _____

Nombre del Querellado: _____ Puesto: _____

Alegación del Querellante _____

Cita de la Ley, Reglamento, Orden Administrativa o Artículo que se alega fue violado:

Breve descripción del evento y fechas: (Incluya: fecha, hora, lugar) (Anexar documentos pertinentes)

Petición del Querellante ante el Director: _____

Decisión del Director: _____

Fecha en que el Director notificó su decisión: _____

Petición del querellante ante el comité de conciliación: _____

Fecha: _____

Con Copia: Secretario de Educación
y/o Funcionario que se designe

Recibido por: _____

Fecha en que se recibió: _____

Firma del Delegado o Persona Designada