



COMISION ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
SINALOA

Solicitud de Audiencia

Llenado por quien recibe

Fecha: _____ Hora: _____ Tipo de Audiencia: Personal Telefónica

Nombre del usuario: _____
Nombre *Apellidos*

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

Escolaridad: _____ Atendió: _____

Llenado por el Visitador

Asunto: _____

Nombre del agraviado: _____
Nombre *Apellidos*

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____ Escolaridad: _____

¿Relación del agraviado con el usuario? _____

Autoridad responsable: Federal Estatal Municipal Otro Especifique: _____

Acciones de atención: _____

El usuario o agraviado ha sido víctima de algún presunto delito: Si No

Atendió: _____ Hora: _____