**FORMULARIO DE APELACIONES Y RECUSACIONES**

Nombre completo: Ingrese nombre completo

Identidad auto percibida: Seleccione.

Documento de identidad: Ingrese documento de identidad

Ciudad/País: Ingrese ciudad/país

Correo electrónico de contacto: ingrese correo electrónico de contacto

Solicita que dentro de los 90 días hábiles de recibida esta comunicación sea evaluado su caso. Expone lo siguiente:

Describa aquí su descargo

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: Seleccione. | Firma:  |