



I.MUNICIPALIDAD DE CHILLAN
SEGURIDAD PÚBLICA E INSPECCION MUNICIPAL

RECLAMO:

FECHA:

CUADRANTE:

RECLAMANTE :
RUT :
DOMICILIO :
FONO :
EMAIL :

MATERIA :(Describe brevemente el motivo de la fiscalización).

Series of horizontal dotted lines for text entry.

MANTENER RESERVA DE NOMBRE
marque lo que corresponda)

SI (checkbox)

NO (checkbox)

FIRMA:.....

INSPECTORES A CARGO:

Inspector Municipal

Inspector Municipal