



**Community Counseling Center
of Central Florida, LLC**

P.O. Box 161585
Altamonte Springs, FL 32716-1585
W. 407.291.8009
F. 407.770.5503
www.ccccf.org

2022 EL FORMULARIO DE QUEJAS

Nombre: _____ Fecha: _____

DECLARANDO DE MI QUEJA FORMAL ES DE LA SIGUIENTE MANERA:

MI SOLUCION PROPUESTA ES:

FIRMA DEL DENUNCIANTE:

_____ FECHA: _____ HORA: _____

RESPUESTA POR LA DRA. CORRIE KINDYL:

FIRMA: _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

Yo, _____, he revisado la mencionada respuesta a mi queja y la reclamación se ha resuelto a mi satisfacción.

Firma: _____ FECHA: _____ HORA: _____
denunciante

I, _____, he revisado la mencionada respuesta a mi queja y la reclamación no se ha resuelto a mi satisfacción o comprensión.

FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____
denunciante