DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA CLARA
FORMA PARA QUEJA EN CONTRA DE UN EMPLEADO
POLITICA DE LA MESA DURECTIVA DEL SCUSD 1312.1

Nombre Completo:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Correo Electrónico:	

Miembro(s) del Personal Escolar Involucrado(s):

MOTIVO DE LA QUEJA: (Esta debe ser una descripción en sus propias palabras del motivo de su queja, incluidos todos los nombres, fechas y lugares necesarios para tener un completo entendimiento de su queja. (Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Proponga alguna(s) resolución(es).

Esta forma requiere su firma a continuación. Todas las quejas deben estar fechadas.

Firma(s)	Date:	

FOR DISTRICT USE ONLY:

Date complaint received:_____

District staff member who received complaint:_____

Date complaint forwarded to Complaint Officer:_____

Name of Complaint Officer:_____