**COMISARIA DE FAMILIA ZONA XXXXXX**

**SECRETARIA DE GOBIERNO**

**MUNICIPIO DE ITAGUI**

Historia N°:

LUGAR:

**DATOS GENERALES DE LA/EL OFENDIDA(O) (NNA):**

MENOR:

IDENTIFICACIÓN:

EDAD:

DIRECCION:

BARRIO:

TELEFONO:

**DATOS GENERALES DE LEY DE LOS IMPLICADOS:**

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

BARRIO:

TELEFONO:

**SERVICIO SOLICITADO**: VERIFICACION DE ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE DERECHOS DE (EL/LA) MENOR -----------------------------, COMO TAMBIEN REALIZAR SEGUIMIENTO AL PRESENTE ASUNTO Y VERIFICAR QUE (EL/LA) MENOR HAYA INICIADO PROCESO TERAPEUTICO. ASI MISMO ESTABLECER FAMILIA EXTENSA QUE PERMITA LA REUBICACION DE (EL/LA) MENOR, EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO.

QUIEN ENTREGA:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Comisaría de Familia Zona XXXXX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUIEN RECIBE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--------------- Comisaría de Familia Zona XXXX