



**Rhode Island Department of Labor and Training
División de Regulación de Profesiones**

1511 Pontiac Avenue

Cranston, RI 02920

Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español| Fax: (401) 462-8528

www.dlt.ri.gov

FORMULARIO PARA QUEJAS

INSTRUCCIONES: Por favor rellene este formulario y devuélvalo a la dirección si piensa justificadamente que un titular de una Licencia de Alarmas regulada por el Departamento de Trabajo y Entrenamiento ha violado la ley o no ha cumplido con sus responsabilidades y obligaciones al público. Por favor, escriba en letra de molde o a máquina. Este formulario NO será aceptado a menos que este firmado por el denunciante.

Nombre del DENUNCIANTE:

Residencia:

Dirección de correo (Si es distinta a la de residencia)

Número de teléfono durante el día

Número de teléfono durante la noche

Nombre y dirección de la Agencia de Alarmas de la que hace la queja:

Nombre y dirección del Concesionario de Alarmas de la que hace la queja:

Fecha, hora y lugar de la presunta violación:

En el dorso de este formulario, o en una hoja separada, explique en detalle la índole exacta de su queja en contra del titular de la licencia o de la actividad regulada. Incluya información específica del titular que incurre en la falta tal como fecha de servicios, nombre, dirección, teléfono número de cuenta etcétera. También, adjunte cualquier documentación la cual piense ayudaría a apoyar sus alegatos incluyendo, facturas, contratos de garantía, contratos de compra y venta, cheques cancelados, voucher de viáticos, pólizas de seguros, etc.

El que suscribe jura o afirma la veracidad y certeza de toda declaración, respuesta, manifestación y alegato en la presente, incluyendo toda declaración a ésta adjuntada.

Firma

Fecha