

Solicitud de Reconsideración

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

C.I.P./RIF: V E _____ Teléfono Móvil: _____

Correo: _____ Teléfono Fijo: _____

Dirección de Domicilio: _____

Descripción de los hechos que motivan la solicitud:

Objeto del requerimiento

Firma del Cliente



Huella Dactilar

| Uso Exclusivo de la Agencia | DCUB |
|--|--|
| <p>N° Reclamo: _____</p> <p>_____ Firma y Sello de Agencia</p> | <p>_____ Firma y Sello de DCUB</p> |