

FORMULARIO DE APELACIONES / OBJECIONES

Fecha :	<input type="checkbox"/> Objeción
Nombre/ Apellido :	Tabla A a completar
Nombre del operador o empresa :	<input type="checkbox"/> Apelar
Código del operador :	Tabla B a completar
JUSTIFICACIÓN	
Mesa A	
1) Acto que debe impugnarse :	
2) Fecha y responsable del acto:	
3) Acción solicitada :	
Mesa B	
1) Decisión que se apelará :	
2) Fecha de notificación y órgano de decisión:	
3) Acción solicitada :	

Firma del denunciante Firma del secretario Fecha de recepción

NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA VERDE



PARA SER LLENADO POR UN CERT SA

Se acepta la apelación/objeción en cuanto al momento de su presentación , <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es necesaria la presencia del denunciante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de examen/revisión de apelación: Nombre / Firma
--	--	--