

Seguin Independent School District
Formulario de queja del empleado
Nivel Tres

Complete este formulario de acuerdo con la política del distrito DGBA (LOCAL). Su queja será rechazada si se presenta con información incompleta. Envíe su queja de nivel tres al superintendente.

1. Nombre _____
2. Identifique al administrador que sostuvo la conferencia de Nivel Dos y proporcionó la decisión de Nivel Dos _____
3. Identifique la fecha en que recibió la decisión de Nivel Dos _____
4. Adjunte una copia de la decisión de Nivel Dos e identifique específicamente las partes de la decisión de Nivel Uno que desea que mesa directiva revise.

5. Indique específicamente por qué no está de acuerdo con la parte (s) de la decisión de Nivel Dos que identificó en respuesta al número 4 anterior.

6. Adjunte los documentos en los que usted confió en el Nivel Dos (si los hubiera) y explique cómo apoyan su posición en las respuestas 4 y 5 anteriores. Sólo los documentos identificados serán considerados en el Nivel Tres.

7. Por favor identifique el remedio que busca en el Nivel Tres.

Firma del empleado

Fecha Enviado

Nombre, dirección y teléfono y número de fax del representante, si lo hubiere, si no se ha proporcionado previamente.
