

SAN DIEGO AIR POLLUTION CONTROL DISTRICT

Division de Cumplimiento

FORMULARIO PARA QUEJAS DE MOLESTIA

FECHA: _____ TIEMPO: _____ a.m. p.m.

INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____

Nota: Los informes de queja son confidenciales, excepto cuando la información podra ser revelado por una acción legal pendiente.

TIPO DE MOLESTIA: Polvo Humo Olores Otro

Describe su queja: _____

INFORMACIÓN DE LA FUENTE:

Nombre del negocio:

Nombre del contacto:

Marca una: Dirección Descripción de la ubicación del sitio (incluye calle mas cercana)

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Para información o para reportar una queja llama al: Teléfono: (858) 586-2650

E-mail formulario completo a: apcdcomp@sdcounty.ca.gov