



Favor de imprimir con tinta de color negro o azul

Forma Preocupación Ciudadana (Continuación)

---

---

---

---

---

---

---

---

(Por favor adjuntar páginas adicionales si es necesario)

**TESTIGOS/OTROS INVOLUCRADOS**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Cual es suparticipacion: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Cual es suparticipacion: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Cual es suparticipacion: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Certifico que la información renuncia es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_

Nombre completo (Impresión)

Fecha

\_\_\_\_\_

(Firma)

Fecha

Podrá ser sometida en persona o por correo a:

City of Azusa  
Administrative Services Department  
Human Resources Division  
213 E. Foothill Boulevard  
Azusa, CA 91702