**FORMATO DE QUEJAS, SUGERENCIAS, PETICIONES, SEÑALAMIENTOS O RECLAMACIONES, RESPECTO A LA PROGRAMACIÓN DE LOS CANALES Y ESTACIONES RADIODIFUSORAS CONCESIONARIAS A FAVOR DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA**

**CONCESIONARIO:** GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA

**NOMBRE DEL DEFENSOR DE AUDIENCIAS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **FECHA:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE TELEVIDENTE Y/O RADIOESCUCHA:** |  |
|  |
| **DOMICILIO:** |  |
|  |
| **TELEFÓNO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CANAL / ESTACIÓN:** | **PROGRAMA:** | **HORARIO:** | **FECHA DE EMISIÓN:** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **INDICAR CON UNA (X) EL TIPO DE SOLICITUD** |
| **QUEJA** | **SUGERENCIA** | **PETICIÓN** | **SEÑALAMIENTO** | **RECLAMACIÓN** |
| **dddddd** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS MOTIVOS DE LA PRESENTE SOLICITUD** |
|  |

|  |
| --- |
| **SEÑALAMIENTO DE PRUEBAS (grabaciones, imágienes, videos, testigos, etc.)****\*Si es que se cuenta con ellas\*** |
|  |

 |

Se manifiesta que, a la fecha de presentación de esta solicitud, no han transcurrido más de 7 días hábiles desde la transmisión del programa o contenido motivo de la presente.

\*\*La presente solicitud será atendida por el Defensor de las Audiencias en un plazo de 20 días hábiles posteriores a su presentación, y la correspondiente respuesta se le notificará al televidente y/o radioescucha al correo electrónico señalado en la presente solicitud.\*\*

El Defensor de las Audiencias emitirá una rectificación, recomendación o propuesta de acción correctiva al Concesionario, la cual será publicada en el portal de internet del canal o estación radiodifusora.

|  |
| --- |
| **FIRMA DE CONFORMIDAD** |
| **NOMBRE DEL TELEVIDENTE Y/O RADIOESCUCHA** |