



NIVEL DOS
AVISO DE APELACIÓN ANTE EL SUPERINTENDENTE

Este formulario debe ser llenado completamente por el empleado que apele una decisión de Nivel Uno ante el superintendente o persona asignada, de acuerdo con la política DGBA (LEGAL) Y (LOCAL) del distrito, o cualquier excepción resumida en la misma.

1. Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono () _____

2. Puesto: _____ Escuela: _____

3. Si usted va a ser representado para presentar su queja, por favor identifique a la persona que lo va a representar:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

4. ¿A quién presentó su queja al Nivel Uno? _____

Fecha de la conferencia _____

Fecha en que recibió una respuesta de la conferencia al Nivel Uno _____

5. Por favor explique específicamente el motivo por el cual está en desacuerdo con el resultado al Nivel Uno.

6. Anexe una copia de su queja original y cualquier documentación entregada al Nivel Uno.

7. Anexe una copia de la respuesta que se obtuvo al Nivel Uno y que se está apelando, si es pertinente.

Firma del empleado

Fecha en que se presentó

Firma del representante del empleado

Firma del superintendente

Fecha en que se recibió