



**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