

Formulario 5. Recurso de Revisión

**TRIBUNAL DE APELACIONES DEL DISTRITO DE COLUMBIA
RECURSO DE REVISIÓN**

No. de Apelación _____

_____,
Peticionario

v.

No. de Agencia

_____,
Demandado
(Agencia)

Yo, _____, solicito que el Tribunal de Apelaciones del Distrito de Columbia revise una decisión u orden de _____ (agencia) emitida el ___ día de _____, 20__ .

Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las otras partes y sus abogados quienes comparecieron en la agencia (si es necesario, utilice páginas adicionales)

Firma del Peticionario o Abogado
(todos menos personas físicas representándose a sí mismas tienen que ser representados por un abogado)

Nombre escrito del Peticionario o Abogado

Dirección

Teléfono

NOTA: ADJUNTE UNA COPIA DE LA DECISIÓN/ORDEN EMITIDA POR LA AGENCIA DEL DISTRITO DE COLUMBIA DE LA CUAL SE INTERPONE EL RECURSO.