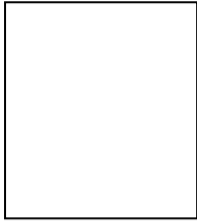


**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS  
(COLPROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.  
Tel: 2237-7784, 2237-0847 Telefax: 2237-6928  
Celular: 9452-3616, 8754-1079



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

No. \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_  
**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL** \_\_\_\_\_ **No. TARJETA IDENT.** \_\_\_\_\_

**1.- EDUCACIÓN POST GRADO: (Doctorados y Maestrías)**  
**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_  
**Centro Educativo donde obtuvo su Título:** \_\_\_\_\_  
**Año de Graduación:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**2.- EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: (Ing. Agrónomo, Licenciados, BSA y afines)**  
**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_  
**Centro Educativo donde obtuvo su Título:** \_\_\_\_\_  
**Año de Graduación:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**3.- EDUCACIÓN SUPERIOR: (Agrónomos y afines)**  
**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_  
**Centro Educativo donde obtuvo su Título:** \_\_\_\_\_  
**Año de Graduación:** \_\_\_\_\_

**4.- EDUCACIÓN SECUNDARIA: (Peritos Agrícolas, Bachilleres Agrícolas, Técnicos Agrícolas y afines)**  
**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_  
**Centro Educativo donde obtuvo su Título:** \_\_\_\_\_  
**Año de Graduación:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA (MARQUE CON UNA X)**

**EMPRESA PROPIA** \_\_\_\_\_ **EMPRESA PRIVADA** \_\_\_\_\_ **INSTITUCIONES DE GOBIERNO** \_\_\_\_\_  
**ORGANISMO INTERNACIONAL** \_\_\_\_\_ **INSTITUCIÓN EDUCATIVA** \_\_\_\_\_  
**ORGANIZACIÓN PRIVADA DE DESARROLLO** \_\_\_\_\_ **OTRAS** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPRESAS** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJA** \_\_\_\_\_

**CARGO QUE DESEMPEÑA:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONOS DE OFICINA** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_ **E.MAIL** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN EXACTA DE SU RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO RESIDENCIA** \_\_\_\_\_ **CELULAR** \_\_\_\_\_ **E.MAIL** \_\_\_\_\_

AL SER INSCRITO EN EL COLPROCAH, ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LA LEY ORGANICA Y REGLAMENTOS DEL COLEGIO Y AUTORIZO EN FORMA IRREVOCABLE A LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJE PARA QUE DE MI SUELDO SE HAGAN MENSUALMENTE LAS DEDUCCIONES POR PLANILLA QUE CORRESPONDAN, PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ECONOMICAS EN EL COLPROCAH.

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_



NOTA: ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO: 2 COPIAS DE CADA UNO DE LOS TÍTULOS PROFESIONALES (PRESENTAR ORIGINALES), 2 COPIAS DE CURRICULUM VITAE, 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET, 2 COPIAS DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO, 2 COPIAS DE LA TARJETA DE IDENTIDAD. Y PAGO DE INSCRIPCIÓN Lps. 230.00 MAS TRES CUOTAS POR ADELANTADO.

**PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DEL COLPROCAH**

**FECHA RECIBIDO:** \_\_\_\_\_ **FECHA INSCRIPCIÓN** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE COLPROCAH**

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIO COLPROCAH**