

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

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.
Tel: 2237-7784, 2237-0847, 2237-6928

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

No. _____

NOMBRE COMPLETO: _____

NACIONALIDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ DNI: _____

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: _____

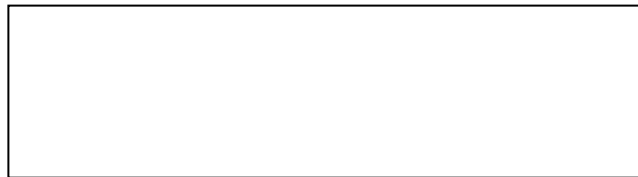
TELÉFONOS DE OFICINA _____ FAX: _____ E. MAIL _____

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 L230.00 MAS TRES CUOTAS POR ADELANTADO.

PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DEL COLPROCAH

FECHA RECIBIDO: _____ RECIBIDO POR: _____

DOCUMENTOS RECIBIDOS _____

OBSERVACIONES: _____

APROBADA SU COLEGIACIÓN CON EL NÚMERO _____