

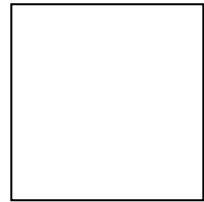


**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS
(COLPROCAH)
COLEGIO DE INGENIEROS AGRONOMOS DE HONDURAS
(CINAH)**



**FORMULARIO DE RENOVACIÓN DE REGENTES AGRÍCOLAS
CATEGORIA "B"**

No. _____



NOMBRE COMPLETO: _____ Col. No. _____ Colegio _____
 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: _____

CASA AGROPECUARIA O EMPRESA DONDE BRINDARA LA REGENCIA CATEGORIA "B"

1.- NOMBRE DE LA CASA AGROPECUARIA O EMPRESA DONDE BRINDARA LA REGENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ DEPTO. _____
 REGENCIA QUE DESEMPEÑA A PARTIR DEL: _____ Horario _____ Dias _____
 TELEFONOS DE OFICINA _____ FAX: _____ E-mail: _____

2.- NOMBRE DE LA CASA AGROPECUARIA O EMPRESA DONDE BRINDARA LA REGENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ DEPTO. _____
 REGENCIA QUE DESEMPEÑA A PARTIR DEL: _____ Horario _____ Dias _____
 TELEFONOS DE OFICINA _____ FAX: _____ E-mail: _____

3.- NOMBRE DE LA CASA AGROPECUARIA O EMPRESA DONDE BRINDARA LA REGENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ DEPTO. _____
 REGENCIA QUE DESEMPEÑA A PARTIR DEL: _____ Horario _____ Dias _____
 TELEFONOS DE OFICINA _____ FAX: _____ E-mail: _____

4.- NOMBRE DE LA CASA AGROPECUARIA O EMPRESA DONDE BRINDARA LA REGENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ DEPTO. _____
 REGENCIA QUE DESEMPEÑA A PARTIR DEL: _____ Horario _____ Dias _____
 TELEFONOS DE OFICINA _____ FAX: _____ E-mail: _____

DIRECCIÓN EXACTA DE SU RESIDENCIA: _____
 TELEFONO RESIDENCIA: _____ FAX: _____ E.MAIL _____

FECHA: _____ FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

NOTA: ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO: 1 COPIAS DE CADA UNO DE LOS TÍTULOS PROFESIONALES, 2 COPIAS DE CURRICULUM VITAE, 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET, 1 COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD, 1 COPIA DEL CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO CURSO DE REGENTE.

PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DEL COLEGIO

FECHA RECIBIDO: _____ FECHA REGISTRO: _____

PRESIDENTE COLPROCAH

DIRECTOR TÉCNICO DE SANIDAD
VEGETAL (SENASA)

PRESIDENTE CINAH