

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

Tegucigalpa, M.D.C. Tel: 237-7784, 237-0847 Cel. 9452-3616

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

No. _____

NOMBRE COMPLETO: _____

NACIONALIDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL** _____

DNI. _____

RTN. _____

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: _____

TELEFONOS 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 RTN, PAGO DE INSCRIPCIÓN Lps. 230.00 MAS TRES CUOTAS POR ADELANTADO.

PARA USO DE LA SECRETARIA DEL COLEGIO

FECHA RECIBIDO: _____ **No. ACTA APROBADA:** _____

DOCUMENTOS RECIBIDOS _____

OBSERVACIONES: _____

APROBADA SU COLEGIACION CON EL NUMERO _____

PRESIDENTE COLPROCAH

SECRETARIO COLPROCAH