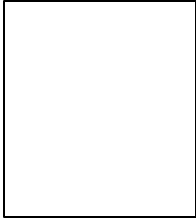


**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS
(COLPOROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.
Tel: 237-7784, 237-0847 Telefax: 237-6928



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN

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: _____

TELEFONOS DE OFICINA _____ **FAX:** _____ **E.MAIL** _____

DIRECCIÓN EXACTA DE SU RESIDENCIA: _____

TELEFONO RESIDENCIA: _____ **FAX:** _____ **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 CHEQUE POR Lps. 160.00 A NOMBRE DEL COLPROCAH COMO PAGO DE INSCRIPCIÓN AL COLEGIO.

PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DEL COLPROCAH

FECHA RECIBIDO: _____ **FECHA INSCRIPCIÓN** _____

PRESIDENTE COLPROCAH

SECRETARIO COLPROCAH