COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

FICHA

FOTO

Este formulario tiene como objetivo obtener la recopilación de los datos del colegiado con el fin de registrar dicha información en nuestros nuevos sistema de cómputo. Con la información requerida en este nuevo formulario se brindará un mejor servicio a todos los colegiados. Favor agregar a esta solicitud la fotografía en el caso que no tenerla registrada en el carné del Colegio de Abogados de Honduras o al capítulo más cercano a tu comunidad.

Se solicita al colegiado llenar solicitud en forma clara y precisa con letra de molde, para mejor legibilidad de la información solicitada, en caso de tener nuevas especialidades obtenidas, favor adjuntar fotocopias de los documentos que lo certifiquen.

DATOS PERSONALES

1. Numero de Colegiación:				
2. Nombres:	Apellidos:			
3. Numero de Identidad: ____-____-____	Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Lugar Nacimiento:
4. Nacionalidad:	Sexo M ☐ F ☐			Estado Civil:
5. Dirección de Residencia:				
6. Teléfono: Fax:	Celular:			Celular1:
7. Email (Correo electrónico)				

DATOS LABORALES

1. Trabaja: ☐ Personal	☐ Empresa Privada	☐ Gobierno
2. Nombre de la Empresa o Bufete donde trabaja		
3. Dirección la Empresa o Bufete		
4. Teléfono:	Extensión:	
5. Email (Correo electrónico de la Empresa)		
6. Capitulo a que pertenece:		

EDUCACION UNIVERSITARIA

1. Nombre de la Universidad:
2. Dirección del Centro:
3. Título obtenido (1 o más):
4. Orientación:

ABOGACIA

1. Año de Obtención:	Lugar:

Observaciones

_____

_____

Fecha de Solicitud: _____/_____/202_____.

Firma y Sello del Colegiado: _____