



**INSCRIPCIÓN
COLEGIO DE BIÓLOGOS DE HONDURAS
CBH**



No. DE COLEGIACIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO: _____
NACIONALIDAD: _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____ **ESTADO CIVIL** _____ **No. IDENTIDAD:** _____

1.- EDUCACIÓN UNIVERSITARIA:

Título obtenido: _____
Nombre del Centro Educativo y país donde obtuvo su Título _____
Año de Graduación: _____ Fecha en que fue refrendado: _____

2.- EDUCACIÓN POST GRADO:

Título obtenido: _____
Nombre del Centro Educativo y país donde obtuvo su Título _____
Año de Graduación: _____ Especialidad: _____
Fecha en que fue refrendado: _____

3.- TIPO DE EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA (MARQUE CON UNA X)

Empresa propia _____ Empresa privada _____ Instituciones de gobierno _____ Organismo
Internacional _____ Institución Educativa _____ ONG _____ OPD _____
otras _____
Nombre de la Institución: _____
Nombre de la Empresa: _____
Dirección de la Institución o Empresa donde trabaja _____

Cargo que desempeña: _____
Teléfono de oficina _____ fax: _____ e mail _____

4.- DIRECCIÓN EXACTA DE SU RESIDENCIA: _____

Teléfono de su residencia: _____ fax: _____ Celular _____
email: _____

5.- PROMESA: Al ser inscrito en el CBH me comprometo a cumplir con la Ley Orgánica y Reglamentos del Colegio de Biólogos de Honduras.

Fecha: _____ Firma del solicitante: _____

6.- ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO:

Copias tamaño carta de cada uno de los títulos profesionales (presentar originales para cotejar), Curriculum vitae, 2 fotografías tamaño carné, Tarjeta de Identidad y comprobante de pago por inscripción al CBH por Lps. 1100.00 (**Banco LAFISE 1155-0300-0075**) ó en la cuenta de (**Banco ATLÁNTIDA 10111033782**).

7. Área de especialización _____

PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CBH

Fecha de recibido: _____ Fecha de inscripción: _____

PRESIDENTE

SECRETARIO COLEGIACIÓN