

República de Honduras
Superintendencia de Alianza Publico Privada

SOLICITUD DE INFORMACION

NO. DE SOLICITUD

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE ENTREGA

PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL DOCUMENTO	NO. DE DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> OTRO _____	

PERSONA JURIDICA

NOMBRE DEL SOLICITANTE	PODER CON QUE ACTUA

INSTITUCION A LA QUE SOLICITA INFORMACION

--

DESCRIPCION DETALLADA DE LA INFORMACION SOLICITADA

--

FORMA DESEADA DE ENTREGAR LA INFORMACION

<input type="checkbox"/> IMPRESION	NO. DE TELEFONO _____
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA	NO. DE FAX _____
	CORREO ELECTRONICO _____
<input type="checkbox"/> SERVICIO POSTAL	DIRECCION POSTAL _____

INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)

GENERO	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACION
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> PRIMARIO <input type="checkbox"/> SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> TRABAJO INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> TRABAJO FAMILIAR

FIRMA DEL SOLICITANTE




Licenciado David Ricardo Nasser
Gerente de Servicios Compartidos