Este formulario tiene como objeto obtener la recopilación de los datos del colegiado con el fin de registrar dicha información en nuestro sistema de computo.- Con la información requerida en este formulario se brindara un mejor servicio a todos los colegiados.- Favor agregar una fotografía a esta solicitud en el caso que no tenga el carne plastificado o posterior del Colegio de Abogados de Honduras o al capitulo mas cercano a tu comunidad.

Se solicita al colegiado llenar la 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 - -	Lugar y fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
	Sexo	M	F	Estado Civil:
4. Dirección de Residencia:				
5. Teléfono:	Fax:	BB PIN:	Celular:	
6. Correo Electrónico (Email):				

DATOS LABORALES

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

ABOGACIA

1. Año De obtención:	Lugar:

NOTARIO

2. Año De obtención:	Lugar:

Fecha de Solicitud:_____/_____/**2014**

Firma y Sello del Colegiado:_____

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS
ADMINISTRADOR GENERAL