



Republica de Honduras  
Alcaldía Municipal El Paraíso, El Paraíso



**SOLICITUD DE INFORMACION**

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD	FECHA MAXIMA DE ENTREGA

**PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**

NOMBRE DEL DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO
<input type="radio"/> TARGETA DE IDENTIDAD <input type="radio"/> CARNET DE RESIDENTE <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO: _____	

**PERSONA JURIDICA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE	PODER CON QUE ACTUA

**DEPARTAMENTO O UNIDAD A LA QUE SOLICITA INFORMACION**

--

**DESCRIPCION DETALLADA DE LA INFORMACION SOLICITADA**

--

**FORMA DE ENTREGA LA INFORMACION**

- IMPRESION                     CD  
 FOTOCOPIA                     DISKETTE  
 FAX                                 INTERNET  
 SERVICIO POSTAL

**INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)**

<b>GENERO</b>	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>OCUPACION</b>
<input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO	<input type="radio"/> PRIMARIO <input type="radio"/> SECUNDARIO <input type="radio"/> UNIVERSITARIO	<input type="radio"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="radio"/> EMPLEADO PRIVADO <input type="radio"/> TRABAJO INDEPENDIENTE <input type="radio"/> TRABAJO FAMILIAR <input type="radio"/> PERIODISTA

Nota: Esta Solicitud debe ser contestada en los siguientes 10 días hábiles después de su entrega

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE