



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FORMULARIO DE AFILIACION

Fotograf
ía

DATOS PERSONALES

Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Departamento _____ Municipio _____

Nacionalidad _____ No. Identidad _____

No. De Afiliado _____ Estado Civil _____

Profesión _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Centro de trabajo _____

Cargo _____

Fecha de Ingreso Laboral _____ Sueldo _____ Inicio a cotizar _____

Datos Familiares

Nombre Esposa _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha Matrimonio _____

Domicilio _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Hijo _____ Fecha Nacimiento _____

Padre _____ Fecha Nacimiento _____

Madre _____ Fecha Nacimiento _____

Legar y fecha _____

FIRMA