

*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="radio"/> <b>TARJETA DE IDENTIDAD</b>  <input type="radio"/> <b>OTRO</b> _____	

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

**INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)**

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

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



**Dr. Jose Hernandez**  
Director de Administracion y Finanzas

Enero 2019

