

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"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="radio"/> 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

IMPRESION

NO. DE TELEFONO _____

FOTOCOPIA

NO. DE FAX _____

SERVICIO POSTAL

CORREO ELECTRONICO _____

DIRECCION POSTAL _____

INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)

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

FIRMA DEL SOLICITANTE



 Dr. José Hernández
 Director de Administración y Finanzas

Julio del 2019