

*República de Honduras*  
*Superintendencia de Alianza Publico Privada*

**SOLICITUD DE INFORMACION**

NO. DE SOLICITUD

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE ENTREGA

<b>PERSONA NATURAL</b>			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b>	
NOMBRE DEL DOCUMENTO	NO. DE DOCUMENTO
<input type="radio"/> TARJETA DE IDENTIDAD  <input type="radio"/> OTRO _____	

<b>PERSONA JURIDICA</b>	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	PODER CON QUE ACTUA

<b>INSTITUCION A LA QUE SOLICITA INFORMACION</b>

<b>DESCRIPCION DETALLADA DE LA INFORMACION SOLICITADA</b>


<b>FORMA DESEADA DE ENTREGAR LA INFORMACION</b>	
<input type="radio"/> IMPRESION	NO. DE TELEFONO _____
<input type="radio"/> FOTOCOPIA	NO. DE FAX _____
<input type="radio"/> 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

Enero del 2020

  
 Dr. Jose Hernandez  
 Director de Administración y Finanzas

