



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEFINITIVA

FOTO

Nombre completo:

No. Identidad _____ RTN Sexo M _____ F _____

Nacionalidad _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Residencia _____

_____ DEPTO. _____

Edad _____ Estado Civil _____ Tipo Sanguíneo _____

Tel Fijo _____ Celular _____ Otro _____

Correo Electrónico _____

Universidad _____

Fecha inscripción _____ Firma _____

Favor no cambiar esta firma

FORMA No. SC-005