



# COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

## SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PROVISIONAL

**Nombre completo:**

\_\_\_\_\_

FOTO

**No. Identidad** \_\_\_\_\_ **Sexo** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Nacionalidad** \_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Tipo Sanguíneo** \_\_\_\_\_

**Tel Fijo** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_

**Zona donde realizará su Servicio Médico Social** \_\_\_\_\_

**Universidad** \_\_\_\_\_

**Especialidad** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Fecha inscripción** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

FORMA No. SC-002