

*COLEGIO MEDICO DE HONDURAS*  
*Apartado Postal NO. 810*  
*Tegucigalpa M.D.C. Honduras Centro América*

**SOLICITUD DE PRESTAMO PARA ESTUDIO DEL**  
**"COLEGIO MEDIO DE HONDURAS"**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TELEFONOS FIJOS: \_\_\_\_\_ No. de Cel. \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

No. DE COLEGIACION: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

RESIDENTE: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DONDE OBTUVO EL TITULO: \_\_\_\_\_

FECHA DE GRADUACION: \_\_\_\_\_

HA REALIZADO ESTUDIOS DE POST-GRADO: \_\_\_\_\_

DIRECCION PARTICULAR: \_\_\_\_\_

IDENTIDAD No.: \_\_\_\_\_

**DOS (2) REFERENCIAS PERSONALES: UNO QUE NOSEA FAMILIAR**

NOMBRE \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS QUE DESEA REALIZAR: \_\_\_\_\_

EN EL EXTRANJERO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIZACION: \_\_\_\_\_

PAIS: \_\_\_\_\_

INSTITUTO HOSPITALARIO O UNIVERSIDAD DONDE HARA SUS ESTUDIOS:  
\_\_\_\_\_

DURACION DE ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO: \_\_\_\_\_

FECHA INICIO Y FINALIZACION DE ESTUDIOS: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FAMILIARES QUE LO ACOMPAÑAN: \_\_\_\_\_

GASTOS MENSUALES QUE OCASIONEN SUS ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO DURANTE LA REALIZACION DE LOS MISMOS:  
\_\_\_\_\_

CANTIDAD QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_  
RECIBIRA SALARIO EN LA INSTITUCION DONDE EFECTUARA SUS ESTUDIOS \_\_\_\_\_

## DETALLE DE LAS PROPIEDADES

Descripción Dirección Precio Mercado # de Registro Dominio Hipoteca a favor de

## REFERENCIAS CREDITICIAS

Institución Monto Máximo Saldo Tipo de Garantía Teléfono

## REFERENCIAS PERSONALES

Familiar cercano que no viva donde el solicitante Dirección Teléfono

---

Persona ajena a su familia Dirección Teléfono

---

Declaro que la información suministrada en ésta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Autorizo al Colegio Médico de Honduras, para que la confirme cuando lo considere necesario

-----  
Firma y sello del solicitante

-----  
R.T.N.

-----  
Identidad No,