



COLEGIO DE ARQUITECTOS DE HONDURAS
FORMULARIO DE REGISTRO PROFESIONAL

No. _____

NOMBRE COMPLETO: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

TARJETA DE IDENTIDAD: _____ EXTENDIDA EN
_____ REGISTRO TRIBUTARIO No. _____

TITULO OBTENIDO: _____

REGISTRO _____ FOLIO _____ TOMO _____

UNIVERSIDAD DONDE OBTUVO SU TITULO: _____

FECHA DE INCORPORACION O RECONOCIMIENTO EN LA UNAH, SI VIENE DE OTRAS
UNIVERSIDADES. _____

REGISTRO _____ FOLIO NO. _____ TOMO No. _____

RESOLUCION _____.

ESTUDIOS DE POSTGRADO: _____

UNIVERSIDAD: _____

GRADO OBTENIDO: _____ FECHA: _____



OTROS ESTUDIOS EFECTUADOS: (indique lugares y fechas); _____

TRABAJO PROFESIONAL, CARGOS DESEMPEÑADOS U OBRAS REALIZADAS:

(Indique lugares y fechas): _____

ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE LAS CUALES ES MIEMBRO ACTIVO:

EMPRESAS, COMPAÑIAS O SOCIEDADES DE TRABAJO DE LAS CUALES ES:

MIEMBRO: (indique la calidad de socio) _____

ORGANIZACIONES SOCIALES, CULTURALES, BENEFICAS O FILANTROPICAS

DE LAS CUALES ES MIEMBRO: _____



CONGRESOS, CONFERENCIAS, SEMINARIOS TECNICOS EN ARQUITECTURA:

QUE HA ASISTIDO: _____

DIRECCION Y TEL _____

DIRECCION DE UN FAMILIAR: _____
_____ TELEFONO: _____

INDIQUE DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FIRMA: _____

LUGAR Y FECHA: _____



OBSERVACIONES: LA PRESENTACION DE ESTA SOLICITUD NO AUTORIZA AL EJERCICIO DE LA PROFESION, EL MISMO ES POSIBLE HASTA QUE LO APRUEBE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CAH.

PARA USO DE LA SECRETARIA DEL CAH

RECIBIDA EN ESTA FECHA: _____

POR: _____

LIBRO DONADO: _____

FECHA EN QUE SE APROBO SU INSCRIPCION:

PRESIDENTE

SECRETARIO