

 COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE HONDURAS Sea tan amable de llenar esta solicitud en forma manuscrita NOTA: Toda información aquí proporcionada será tratada confidencialmente	INSCRIPCION AL CMVH MEDICOS HONDUREÑOS	FOTO
	No. De solicitud	
	Fecha de Solicitud	

SOLICITUD	
El presente documento es para la formal solicitud de ingreso, al Colegio de Veterinarios Medicos de Honduras para poder ejercer mi profesión de manera legal en el pais según la LEY DE COLEGIACION PROFESIONAL OBLIGATORIA, publicada en la gaceta No. 17.692 el 6 de junio de 1962, articulo 1.	
DOCUMENTACION ADJUNTA 1. Solicitud de Incorporacion al Colegio de Medicos Veterinarios de Honduras (CMVH). 2. Completar la solicitud de incorporación al CMVH. 3. Título de la Universidad (Homologado) 4. Certificación de reconocimiento o incorporación de titulo a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.* 5. Certificación del plan de estudios con sus respectivas notas. 6. Tres fotografías tamaño carnet. 7. Curriculum académico (Pensum) 8. Curriculum vitae. 9. Certificados o diplomas de especialidades. 10. Partida de nacimiento original. 11. Recibo de haber cancelado el valor de la inscripción.** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

Datos Personales							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Edad	
						Años	
Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		No. Teléfono	
Dirección							
				No. Celular			
				1		2	
Vive con				Correo electrónico			
☐ Sus padres ☐ Su familia ☐ Parientes ☐ Solo Cantidad							
Personas que dependen de usted				Estado Civil			
☐ Hijos ☐ Cónyuge ☐ Padres ☐ Otros Cantidad				☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro			

Documentación			
No. De documento de identificación		Tipo de documento	
Fecha de emisión		Fecha de vencimiento	
Posee pasaporte		Pasaporte No.	
☐ No ☐ Si			
Tiene licencia de manejo		¿Es parte de alguna asociación u organización?	
☐ No ☐ Si		☐ No ☐ Si Nombre:	

Estado de Salud y Hábitos Personales			
¿Como considera su estado de salud actual?		¿Padece alguna enfermedad crónica?	
☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo		☐ No ☐ Si (Explique)	
¿Práctica Ud. Algún Deporte?		Altura	
Peso		Tipo de sangre	

Datos Familiares									
Nombre		Vive		Fallecido		Domicilio		Ocupación	
Padre									
Madre									
Esposa (o)									
Nombre y edades de los hijos:									

Escolaridad											
Nombre		Dirección		De		A		Años		Titulo Recibido	
Primaria											
Secundaria o Prevocacional											
Preparatoria o Vocacional											
Profesional											
Universitario											
Estudios que esta efectuando en la actualidad:											

Conocimientos Generales									
Que idiomas habla	Oral		escrito		lectura		Funciones de oficina que domina		
	%		%		%				
	%		%		%				
	%		%		%				
	%		%		%				
Maquina de Oficina o taller que sepa manejar						Software que conoce			
Otros trabajos o funciones que domina									

Últimos 3 Empleos y Actual								
Concepto	Actual o último		Anterior		Anterior		Anterior	
Tiempo que presto sus servicios	de a		de a		de a		de a	
Nombre de la Compañía								
Dirección								
Teléfono								
Puesto desempeñado								
Sueldos Mensual:	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Motivo de separación								
Nombre de su jefe directo								
Puesto de de jefe directo								
Podemos solicitar informes de usted	Comentarios de sus jefes							
☐ Si								
☐ No (Razones)								

Referencias Personales (Favor de no incluir a jefes anteriores)				
Nombre	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

* En caso de estar en tramite de reconocimiento o incorporación de el titulo con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, esta inscripción se tomara como provisional, dando un plazo no mayor a 18 meses, contando desde la fecha de solicitud, para la presentación de dicho documento, basado en el articulo 5, de las definiciones empleadas del REGLAMENTO DE LA LEY ORGANICA, publicado en la gaceta el 3 de julio del 2007.

****si el solicitante no gestiona un plan de pago.**

Comentarios del Receptor y Firma	Hago constar que mis respuestas y la información ingresada son verdaderas. Firma del solicitante

RESOLUCION DE JUNTA DIRECTIVA A SOLICITUD DE INSCRIPCION

*** Se adjuntara documento de aprobación por parte de la directiva en caso de aprobar la solicitud.

****Toda información aquí proporcionada será tratada confidencialmente.

Vo. Bo. Fiscal

Nombre:

Miembro de Junta Directiva Aprobador

Nombre: