



*República de Honduras*  
*Instituto de Acceso a la Información Pública*



**SOLICITUD DE INFORMACION**

NO. DE SOLICITUD

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE ENTREGA

**PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**

NOMBRE DEL DOCUMENTO	NO. DE DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CARNET DE RESIDENTE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO _____	

**PERSONA JURIDICA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE	PODER CON QUE ACTUA

**INSTITUCION A LA QUE SOLICITA INFORMACION**

--

**DESCRIPCION DETALLADA DE LA INFORMACION SOLICITADA**

--

**FORMA DESEADA DE ENTREGAR LA INFORMACION**

<input type="checkbox"/> IMPRESION	<input type="checkbox"/> CD	NO. DE TELEFONO _____
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA	<input type="checkbox"/> DISKETTE	NO. DE FAX _____
<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> INTERNET	CORREO ELECTRONICO _____
<input type="checkbox"/> SERVICIO POSTAL		DIRECCION POSTAL _____

**INFORMACION ESTADISTICA (OPCIONAL)**

GENERO	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACION
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> PRIMARIO <input type="checkbox"/> SECUNDARIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PRIVADO <input type="checkbox"/> TRABAJO INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> TRABAJO FAMILIAR <input type="checkbox"/> PERIODISTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE