**A U T O R I Z A C I O N**

El Suscrito Abogado de este domicilio, inscrito en el Colegio de Abogados de Honduras con el Número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por este medio AUTORIZO a: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con Identificación número: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** para que me incluya en la terna de Abogados propuesto en la solicitud de Practica Profesional Supervisada en el Consultorio Jurídico Gratuito de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, siendo éste uno de los requisitos que se piden en el proceso de **Reconocimiento e Incorporación de Título de *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *emitido por la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***.**

En fe de lo cual firmo la presente en la Ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO**