

AUTORIZACIÓN

El Suscrito Abogado de este domicilio, inscrito en el Colegio de Abogados de Honduras con el Número _____ por este medio AUTORIZO a: _____ para que me incluya en la terna de Abogados propuesto en la solicitud de Practica Profesional Supervisada de la Carrera de Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en los Juzgados y Tribunales de la Republica, Oficinas Administrativas Públicas o Privadas, correspondientes al Segundo Periodo de Practica Profesional Supervisada, que inicia el día **1 DE FEBRERO DE 2018** y finaliza el día **31 DE AGOSTO DE 2018**; siendo éste uno de los requisitos obligatorios previo para optar al Título de Abogado (a).

En fe de lo cual firmo la presente en la Ciudad Universitaria, José Trinidad Reyes, Municipio del Distrito Central, a los _____ días del mes de _____ del año ____.

FIRMA Y SELLO