

## I. DATOS PERSONALES

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Dirección Permanente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento/Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular *Con WhatsApp*: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Numero de Identidad o Pasaporte: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa

Nacionalidad: ☐ Honduras ☐ Otra: \_\_\_\_\_

Cuantos años tiene a la fecha de llenado de esta aplicación? \_\_\_\_\_ cumplidos.

**En caso de ser menor de 21 años, complete la siguiente información:**

Nombre de su Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Vive con usted? ☐ Sí ☐ No

Nombre de su Madre/Tutora: \_\_\_\_\_ Vive con usted? ☐ Sí ☐ No

Sus padres viven juntos? ☐ Si ☐ No Ambos tienen potestad sobre usted? ☐ Sí ☐ No

## II. DATOS ACADEMICOS

Es usted alumno **ACTIVO** de Horizontes a la fecha de llenado de esta aplicación?:

☐ Si ☐ No; Solo tengo reservado mi cupo o estoy en proceso de matricula

(\*Para poder ser parte de una residencia Horizontes, usted debe ser alumno **ACTIVO** de la escuela, si usted aun no es alumno activo, puede ir enviando su aplicación para gestionar su cupo **siempre y cuando ya tenga reservado el cupo de su curso y este en proceso formal de matricularse** sin embargo NO podrá mudarse a la residencia hasta que su matricula como alumno sea aprobada).

**En que curso esta usted matriculado o a que curso se planea matricular?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alumno EH1 - Piloto Privado                         | <input type="checkbox"/> Alumno EH6 - Tripulante de Cabina                      |
| <input type="checkbox"/> Alumno EH2 – Habilitación de Vuelo por Instrumentos | <input type="checkbox"/> Alumno EH7 - Despachador de Vuelo                      |
| <input type="checkbox"/> Alumno EH3 - Piloto Comercial                       | <input type="checkbox"/> Alumno EH9 - Habilitación Instructor Teórico Terrestre |
| <input type="checkbox"/> Alumno EH4 - Habilitación Bimotor                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Alumno EH5 – Habilitación Instructor Vuelo          |   |

## III. CONTACTOS DE EMERGENCIA

**Contacto de Emergencia No.1:** Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

-Relación con usted: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

-Autoriza que brindemos información personal suya a este contacto? ☐ Sí ☐ No  
(Menores de 21 deben marcar Si)

**Contacto de Emergencia No.2:** Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

-Relación con usted: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

-Autoriza que brindemos información personal suya a este contacto? ☐ Sí ☐ No  
(Menores de 21 deben marcar Si)

#### IV. PREFERENCIAS DE ALOJAMIENTO (Marque todas las que apliquen)

**Residencia a la que desea aplicar:** (Marque todas las que apliquen)

**\*Por favor numere sus preferencias de alojamiento:**

**Coloque "1" en su opcion preferida**

**Coloque "2" en su segunda opcion**

**Coloque "3" en su tercera opcion y así sucesivamente...**

**Cualquier opción sin un número se considerará no preferida o rechazada por usted.**

**Residencia Base Principal San Pedro Sula Honduras:** (Enumere sus preferencias)

- \_\_\_\_\_ Habitación **Privada** con Baño Privado - L. 5,000/persona/mes (Aprox. \$205 USD)  
\_\_\_\_\_ Habitación **Privada** con Baño Compartido y Acceso Directo al Balcón - L. 5,000/persona/mes (Aprox. \$205 USD)  
\_\_\_\_\_ Habitación **Doble** con Baño Compartido - L. 4,000/persona/mes (Aprox. \$205 USD)  
\_\_\_\_\_ Habitación **Cuadruple** con Baño Compartido - L. 3,500/persona/mes (Aprox. \$205 USD)

**Residencia Jardines del Valle San Pedro Sula Honduras:** (Enumere sus preferencias)

- \_\_\_\_\_ Habitación **Doble** con Baño Compartido - L. 4,500/persona/mes (Aprox. \$180 USD)  
\_\_\_\_\_ Habitación **Cuadruple** con Baño Compartido - L. 3,500/persona/mes (Aprox. \$205 USD)

**Tiene algún compañero de cuarto preferido o deseado?** \_\_\_\_\_

\*(Los compañeros de cuarto deben solicitarse mutuamente y debe haber espacio disponible)

**Por cuantos dias o meses desea usted el alojamiento?** \_\_\_\_\_ Dias / \_\_\_\_\_ Meses

**A partir de que fecha desea usted mudarse a la residencia?** \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

**Requiere usted algún tipo de acomodación o trato especial?** Sí ☐ No ☐

**Explique:** \_\_\_\_\_

#### V. INFORMACION ADICIONAL E INSTRUCCIONES DE APLICACION

*A nadie se le negará la oportunidad de vivir en un alojamiento de Horizontes por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, información genética, edad, religión, discapacidad o condición de veterano. Las asignaciones de vivienda se realizan en el orden de fecha en que se han recibido las solicitudes completadas.*

*La Escuela hará todo lo posible para asignar a un estudiante de acuerdo con sus preferencias, pero debido a la disponibilidad de espacio, **no puede garantizar ninguna preferencia.** Adjunte a la solicitud cualquier requisito que requiera atención especial por parte de la Escuela.*

*Esta solicitud se vuelve válida cuando se completa, se firma y se entrega en **DIGITAL** a **dmourra@horizonteshn.com**.*

#### VI. DECLARACION Y FIRMA

En fé de lo anterior firmo la presenta aplicación a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor (Menores 21)

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Tutora (Menores 21)