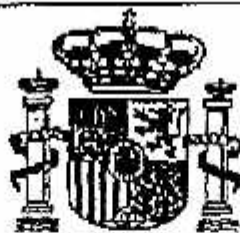


MINISTERIO DE DEFENSA
SUBSECRETARIA DE DEFENSA



DELEGACIÓN DE DEFENSA DE:
.....

Ejército de: Tierra Mar Aire

INSTANCIA

PRIMER APELLIDO:	SÉGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI / PASAPORTE:	TELÉFONO DE CONTACTO:
DIRECCIÓN:		CÓDIGO POSTAL:
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	NACIÓN:

EXPONE QUE:

El tiempo de servicio militar en filas fue de _____

Adjunto fotocopia compulsada de la cartilla del servicio militar y del documento nacional de identidad.

SOLICITA:

Computo recíproco de cuotas.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma.

Destinatario: