

MINISTERIO DE DEFENSA
SUBSECRETARIA DE DEFENSA



DELEGACIÓN DE DEFENSA DE:
.....

Ejército de: Tierra Mar Aire

INSTANCIA

| | | |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO 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: