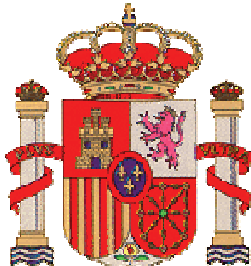


MINISTERIO DE DEFENSA SUBSECRETARÍA DE DEFENSA		DELEGACIÓN DE DEFENSA DE:
---	--	---

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 miliar y del documento nacional de identidad.
--

SOLICITA: Cómputo recíproco de cuotas.
--

En _____ a _____ de _____ de _____	Firma.
------------------------------------	---------------

Destinatario :
