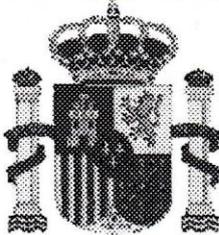


| | | |
|---|--|---|
| MINISTERIO DE DEFENSA SUBSECRETARÍA DE DEFENSA |  | DELEGACIÓN DE DEFENSA DE: |
|---|--|---|

| |
|---|
| Ejército de : <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> 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 : |
|-----------------------|