

AUTORIZACION PATERNO/TUTORIAL PARA LA REALIZACION DE LA PRUEBA DE RECONOCIMIENTO MEDICO DE LOS ASPIRANTES MENORES DE EDAD.

D/Dña....., con
DNI/Pasaporte número:, cuya fotocopia acompaña

AUTORIZA a que su hijo/a

DON.....realice las pruebas
requeridas en las bases de la convocatoria para el acceso a la condición de
Militar de Tropa y Marinería, entre las que se incluyen un examen y exploración
médicas a practicar por personal facultativo de la Subdelegación de Defensa en
.....

Y para que conste en la citada Subdelegación de Defensa, firmo la presente en
....., a dede 200_.

EL/LA PADRE/MADRE/TUTOR

Fdo.....