

**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
FUERZAS ARMADAS DEL ESTADO**

HS: 012

MINISTERIO DE DEFENSA
VICEMINISTERIO DE DEFENSA Y COOPERACIÓN AL
DESARROLLO INTEGRAL
DIRECCIÓN GENERAL TERRITORIAL MILITAR

COMANDO REGIÓN MILITAR	
SERIE Y NÚMERO DE LIBRETA	
NÚMERO DE MATRÍCULA	
NUMERO CÉDULA IDENTIDAD	
FECHA DE REGISTRO	

**HOJA DE SERVICIO
SERVICIO AUXILIAR "A" (PARA EL SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO)**

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD (AÑOS)
------------------	------------------	---------	-------------

NACIMIENTO:

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD / LOCALIDAD	FECHA/MES/AÑO	ESTADO CIVIL
--------------	-----------	--------------------	---------------	--------------

DOMICILIO

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD / LOCALIDAD	DIRECCIÓN ZONA/CALLE	TELÉFONO / CELULAR
--------------	-----------	--------------------	----------------------	--------------------

DATOS FAMILIARES:

FAMILIA	NOMBRES Y APELLIDOS	NACIONALIDAD		DOMICILIO / TELEFONO
		ORIGEN	ADQUIRIDA	
PADRE				
MADRE				
HERMANA (O)				
HERMANA (O)				
HERMANA (O)				

DATOS COMPLEMENTARIOS:

CATEGORÍA LICENCIA DE CONDUCIR	FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN U OFICIO	IDIOMAS QUE HABLA
--------------------------------	---------------------	--------------------	-------------------

PRESENTACIÓN:

FUERZA	UNIDAD MILITAR	CENTRO DE RECLUTAMIENTO	FECHA DE PRESENTACIÓN
--------	----------------	-------------------------	-----------------------

ASIENTO DE LA UNIDAD MILITAR

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD / LOCALIDAD	ZONA / DIRECCIÓN
--------------	-----------	--------------------	------------------

CONFORME AL CERTIFICADO MÉDICO MILITAR Y RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 259/1997 DE FECHA 15/ABR/1997, ES INCORPORADO A LOS CUADROS DE ORGANIZACIÓN MILITAR DE LAS FUERZAS ARMADAS.	EN CASO DE DECLARARSE CONMOCIÓN INTERNA, CONFLICTO O GUERRA INTERNACIONAL, SERA MOVILIZADO MILITARMENTE PARA CUMPLIR SERVICIOS AUXILIARES "A" EN LA ZONA DEL INTERIOR DEL TERRITORIO
DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO DE SANIDAD MILITAR DE LAS FF.AA. ART. INCISOS PAG EN FECHA,/...../....., ES DECLARADO SERVICIO AUXILIAR "A" PARA EL SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO.	NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA:	FIRMA:	FOTOGRAFIA A COLORES MATERIAL MATE 4 X 4 FONDO ROJO TRAJE Y CORBATA	PULGAR DERECHO
INTERESADO	RESPONSABLE DEL LLENADO		
FIRMA:	FIRMA:		PULGAR IZQUIERDO
JEFE DE OPERACIONES REG. MIL.	CMTE. REG. MIL.		