

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

HS: 014

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 SER
SERVICIO AUXILIAR "C" (INHÁBIL 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	GRADO FORMACIÓN ACADÉMICA	IDIOMAS QUE HABLA
--------------------------------	---------------------------	-------------------

DATOS DE SU PRESENTACIÓN:

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

ASIENTO DE LA UNIDAD MILITAR

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD / LOCALIDAD	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 "C" EN LA ZONA DEL INTERIOR DEL TERRITORIO
DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO DE SANIDAD MILITAR DE LAS FF.AA. ART. 10 Y 12, INCISOS a), b) y C), PAG 10 y 11, EN FECHA, 18/JUL/2012, ES CLASIFICADO SERVICIO AUXILIAR "C" (POR IHABILIDAD PARA EL SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO)	NOMBRE DEL MÉDICO

EN CONFORMIDAD FIRMAMOS:

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.			