

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

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

EL/LA PADRE/MADRE/TUTOR

Fdo. \_\_\_\_\_