

Impreso de solicitud de Revisión de la Calificación del Reconocimiento Médico

D. / D^a. _____ con D.N.I.
nº _____, y domicilio a efectos de notificaciones en
_____ y teléfono _____

opositor al proceso de selección para el ingreso en los centros docentes militares de formación mediante la forma de ingreso por promoción para cambio de escala, con o sin titulación previa de Técnico Superior, para la incorporación como militar de carrera a las Escalas de Suboficiales de los Cuerpos Generales y de Infantería de Marina (EMIES XLIX y LI Promoción)

DECLARO QUE:

En el día de la fecha el Secretario del Órgano de Selección me ha entregado la copia del resultado del reconocimiento médico en donde figuro como “NO APTO” o “APTO EXCEPTO PARA _____”

Por lo expuesto, y conforme a lo dispuesto en las bases de la Resolución de la Convocatoria de este Proceso de Selección,

SOLICITO QUE:

Dicha clasificación sea revisada por el Tribunal Médico Militar de Apelación.

Y para que conste firmo la presente en

....., a de Julio de 2.023

(firma)