

D./Dña. _____

Con DNI _____

Inscrito/a actualmente como CANDIDATO/A en el Sistema SAPROMIL, solicita mediante el presente la baja (*) del mismo, por el motivo que se indica: (marque lo que proceda)

He conseguido lo que pretendía con SAPROMIL y, por tanto, ya no es necesario que permanezca en el Sistema.

Todavía no he conseguido lo que pretendía con SAPROMIL y, por tanto, me siento defraudado/a con el Sistema.

Otras razones que no quiero comentar.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo. _____

(*) Nota.- Una vez solicitada la misma, **dispone de 10 días para revocarla**. Pasado ese tiempo, todos sus datos serán eliminados del sistema sin posibilidad de ser recuperados y se cancelará su permiso de acceso. Si en un futuro desea incorporarse de nuevo al programa SAPROMIL, deberá volver a inscribirse como nuevo usuario.

(**) Nota.- El presente formulario, una vez cumplimentado y firmado, deberá ser remitido por correo postal a la siguiente dirección:

Ministerio de Defensa
SAPROMIL Planta 6ª, despacho 647
Paseo de la Castellana, 109
28071. Madrid
(ESPAÑA)