



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
VITERBO
com.viterbo@cert.vigilfuoco.it

AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL
FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO
E DELLA DIFESA CIVILE
Ufficio per le Attività Sportive
uff.attivitasportive@cert.vigilfuoco.it

e, p.c.

Alla Direzione ----- VV.F.
REGIONE
Indirizzo
CAP - Città

OGGETTO: Circuito Ciclistico VV.F. 2020
15° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Memorial Paolo Garofolo
Vetralla (VT), 13-14 dicembre 2019.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° del 17/10/2018, si invia il retroindicato modulo di iscrizione, compilato in tutte le sue parti, per la partecipazione del personale in servizio presso questo Comando nonché di quello volontario ed in quiescenza che intende prendere parte alla manifestazione.

Come da regolamento, l'iscrizione sarà confermata via mail, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

(Comandante/Direttore/Dirigente)

Circuito Ciclistico VV.F. 2020
15° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Vetralla (VT), 13-14 dicembre 2019.

ALL. A)

Personale in servizio presso ----- nome Comando / Direzione /Ufficio

a Cat. (*)	b Tur. di serv.	c n. di serv.	d Qualifica nel C.N.VV.F./ Dip./V.F. (**)	e COGNOME E NOME	f Anno di nascita	g N° Tess. mod. ATe	i G.S./S.S. di appartenenza	m n° Tess FCI/ E.P.S.	n Ente di aff.	o Data scadenza certificato medico di idoneità
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----

Automezzo ----- nome Comando / Direzione /Ufficio

(*) V. punto 13. (Categorie): ES, M1, M2, M3, M4, M5, M6+, E/U23, D).
 (**) V. punto 2. (Qualifica dei partecipanti) .

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- 1) di aver controllato la veridicità dei dati sopra elencati;
- 2) che il certificato medico richiesto per il rilascio della tessera è conservato agli atti del G.S. VV.F. o della S.S. di appartenenza.
- 3) che il personale iscritto è stato informato, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i propri dati personali vengono comunicati e trattati esclusivamente per la partecipazione alla presente manifestazione sportiva.

Responsabile della squadra

Qualifica - COGNOME e Nome) (n° telefonico) e-mail (se non gareggia: turno di servizio - turni di assenza) -----
 (firma leggibile del Responsabile della Squadra) (Comandante/Direttore/Dirigente)

Circuito Ciclistico VV.F. 2020
15° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Vetralla (VT), 13-14 dicembre 2019.

ALL. B)

Trasmissione elenco personale volontario / in quiescenza - ----- nome Comando / Direzione / Ufficio

a Cat. *	d Qual. **	e COGNOME E NOME	f Anno di nascita	g N° Tess. mod. A Te ***	h ex VVA ****	i Vigili Volontari a domanda *****		l G.S./S.S. di appartenen.	m n° Tess. FCI/ E.P.S.	n Ente di affil.	o Data scadenza certificato medico di idoneità
						n. decreto / data	corso finale				
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----

Automezzo ----- nome Comando / Direzione / Ufficio

(*) V. punto 13. (Categorie): ES, M1, M2, M3, M4, M5, M.Over, E/U23, D).

(**) Vedi punto 2. (Pens. o V.V.).

(***) Solo per i pensionati.

(****) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.

(*****) Solo per Vigili Volontari a domanda: n. decreto e data ed eventuale superamento corso di formazione.

Dichiaro sotto la mia responsabilità

1) di aver controllato la veridicità dei dati sopra elencati;

2) che il certificato medico richiesto per il rilascio della tessera è conservato agli atti del G.S. VV.F. o della S.S. di appartenenza.

3) che il personale iscritto è stato informato, ai sensi della d.lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i propri dati personali vengono comunicati e trattati esclusivamente per la partecipazione alla presente manifestazione sportiva.

Responsabile della squadra

Qualifica - COGNOME e Nome)

(n° telefonico)

e-mail

(se non gareggia: turno di servizio -

turni di assenza)

(firma leggibile del Responsabile della Squadra)

 (Comandante/Direttore/Dirigente)