



-----

**nome Comando / Direzione /Ufficio**

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.  
ROMA  
[com.roma@cert.vigilfuoco.it](mailto:com.roma@cert.vigilfuoco.it)

AL MINISTERO DELL'INTERNO  
DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL  
FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO  
E DELLA DIFESA CIVILE  
Ufficio per le Attività Sportive  
Piazza Scilla n° 2  
00178 ROMA  
Mail: [uff.attivitasportive@vigilfuoco.it](mailto:uff.attivitasportive@vigilfuoco.it)

e, p.c.

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

**OGGETTO: 5° Campionato Italiano VV.F. di Arrampicata Sportiva**  
Memorial Maurizio Persieri  
Roma, 26-27-28 marzo 2020

In riferimento alla lettera circolare prot. n° \_\_\_\_\_ del 11/02/2020, 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 )



**5° Campionato Italiano V.V.F. di Arrampicata Sportiva**  
**Memorial Maurizio Persieri**

Roma, 26-27-28 marzo 2020

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

a Cat. *	d Qual. **	e COGNOME E NOME	f Anno di nascita	g Tess. Mod. ATe ***	h ex VVA ****	i Vigili Volontari a domanda *****		l G.S./S.S. di appartenen. (se tess.)	m n° Tess. FASI/ E.P.S. (se poss.)	n Ente di affil.	o Data scadenza certificato medico di idoneità	p sistemazion e logistica SCA
						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 14. (Categorie): U, D).
- (\*\*) Vedi punto 2. (Pens. o V.V.).
- (\*\*\*) Solo per i pensionati.
- (\*\*\*\*) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.
- (\*\*\*\*\*) rinnovo ex V.V.A. dopo la scadenza dei 45 anni ( vedi art. 2 comma V )
- (\*\*\*\*\*) 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. V.V.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 )