



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
PISTOIA
com.pistoia@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

e, p.c.

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

OGGETTO: Circuito Ciclistico VV.F. 2020
24° Campionato Italiano VV.F. di Mountain Bike
Montecatini Terme (PT), 26 aprile 2020.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° _____ del 14/02/2020, 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)

Circuito Ciclistico VV.F. 2020
24° Campionato Italiano VV.F. di Mountain Bike
Montecatini Terme (PT), 26 aprile 2020

ALL. A)

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

a	b	c	d	e	f	g	l	m	n	o
Cat. (*)	Tur. di serv.	n. turni di ass.	Qualifica nel C.N.VV.F./ Dip./V.F. (**)	COGNOME E NOME	Anno di nascita	N. Tess. Mod. ATe	G.S./S.S. di appartenenza	n°Tess FCI/ E.P.S.	Ente di aff.	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 14. (Categorie): ELMT, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, 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
24° Campionato Italiano VV.F. di Mountain Bike
Montecatini Terme (PT), 26 aprile 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. AT ***	h ex VVA ****	i Vigili Volontari a domanda *****		l G.S./S.S. di appartenen. (se poss.)	m n° Tess. FCI/ E.P.S. (se poss.)	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/--/----
---					corso/anno	/ gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----

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

(*) V. punto 14. (Categorie): ELM.T, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, 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. 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 present 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)