



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
 SIENA
 Com.siena@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
 uff.attivitasportive@cert.vigilfuoco.it

e, p.c.

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

OGGETTO: 18° Campionato Italiano VV.F. di Triathlon
 Memorial "Roberto Mori".
 Chiusi (SI), 10 maggio 2020

In riferimento alla lettera circolare prot. n. _____ del 21/02/2020, 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 e-mail, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

(Comandante/Direttore/Dirigente)

18° Campionato Italiano V.V.F. di Triathlon
 Memorial "Roberto Mori".
 Chiusi (SI), 10 maggio 2020

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

a	b	c	d	e	f	i	l	m
Tur. di serv.	n. turni di assenza	Qualifica nel C.N.V.V.F./Dip./V.F. (*)	COGNOME E NOME	Anno di nascita	n° tessera mod. A.Te	n° Tess FITRI	Tessera giorn.	Data scadenza certificato medico di idoneità
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----
---	---						--	gg/--/----

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

(*) 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. V.V.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)

18° Campionato Italiano V.V.F. di Triathlon
 Memorial "Roberto Mori".
 Chiusi (SI), 10 maggio 2020

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

c Qual. (*)	d COGNOME E NOME	e Anno di nascita	g ex VVA (**)	h Vigili Volontari a domanda (****)		i n° Tess FITRI	l Tessera giorn.	m 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

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

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

(***) rinnovo per 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)