



-----

**nome Comando / Direzione /Ufficio**

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.  
SIENA  
[Com.siena@cert.vigilfuoco.it](mailto: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](mailto: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), 04 luglio 2021

In riferimento alla lettera circolare prot. n. del 17/06/2021, 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 VV.F. di Triathlon  
 Memorial "Roberto Mori".  
 Chiusi (SI), 04/07/2021**

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

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

----- nome  
 Direzione /Ufficio

Automezzo  
 Comando /

(\*) 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)

# 18° Campionato Italiano VV.F. di Triathlon Memorial "Roberto Mori". Chiusi (SI), 04 luglio 2021

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 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. 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 )