

4° Campionato Italiano VV.F. di Tiro con l'Arco
Memorial Simone Borghersi
Arezzo, 20 novembre 2021

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

a Cat.	b Tur. di serv.	c n. turni di ass.	d Qualifica nel C.N.VV.F./ Dip./V.F. (*)	e COGNOME E NOME	f anno di nascita	g N. Tess. ATE.	m GS/SS di app.	n N° tess Fitarco Fiarc (obbligatoria)	o arco olimpico	p arco nudo	q arco compound	r longbow	s data cert. medico
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa
---	---	---											gg/--/aa

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. 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)

All. B)

**4° Campionato Italiano VV.F. di Tiro con l'Arco
Memorial Simone Borghersi
Arezzo, 20 novembre 2021**

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

a Cat.	d Qual. *	e COGNOME E NOME	f Anno di nascit a	g Tess. Mod. ATE **	h ex VVA ***	i rinnovo ex VVA dopo 45 anni Data	l Vigili Volontari a domanda ****		n N° tess Fitarco Fiarc (obbl.)	o arco olimpic o	p arco nudo	q arco compound	r longbow	s data cert. medico
							n. decreto / data	corso finale						
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa
---					corso/anno	gg/--/aa	/ gg/--/aaaa	--						gg/--/aa

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

(*) 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. 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)
