



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO VV.F. BELLUNO
com.belluno@cert.vigilfuoco.it

AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL
FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO
E DELLA DIFESA CIVILE
Ufficio per le Attività Sportive
Uff.attivitasportive@cert.vigilfuoco.it

e, p.c.

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

OGGETTO: Circuito Podistico VV.F. 2023.
 22° Campionato Europeo VV.F. di Podismo.
 34° Giro delle Mura di Feltre.
 Feltre (BL), 26 agosto 2023.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° _____ del __/__/2023, 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/Dirigent
e)

Circuito Podistico VV.F. 2023
 22° Campionato Europeo VV.F. di Podismo - 34° Giro delle Mura di Feltre
 Feltre (BL), 26 agosto 2023

All. A

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

a Cat (*)	b Turno di serv.	c n. turn i di serv.	d Qualifica nel C.N.VV.F./ Dip./V.F. (**)	e COGNOME E NOME	f Anno di nascita	g Tess. Mod. ATe	l G.S./S.S. di appartenenza (se tesserato)	m n°Tess FIDAL/ E.P.S./ RUNCARD	n Ente di affiliazione/ RUNCARD	o Data scadenza certificato medico di idoneità
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----
---	---	---							-----	gg/--/----

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

(*) V. punto 10. (Categorie)

(**) 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)

a Cat. *	d Qualifica **	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 tesserato)	m n°Tess FIDAL./ E.P.S. O RUNCARD (se posseduta)	n Ente di affil. RUNCAR D	o Data scadenza certificato medico di idoneità
						n. decreto / data	cors o final e				
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----
---					corso/an no	/	gg/--/aaaa	--		-----	gg/--/----

(firma leggibile del Responsabile della Squadra)

(Comandante/Direttore/Dirigente)

Circuito Podistico VV.F. 2023
22° Campionato Europeo VV.F. di Podismo - 33° Giro delle Mura di Feltre
Feltre (BL), 26 agosto 2023

All. B

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

(*) V. punto 10. (Categorie).

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

(***) Solo per i pensionati.

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