



-----

**nome Comando / Direzione /Ufficio**

AL      COMANDO PROVINCIALE VV.F.  
          MODENA  
          [com.modena@cert.vigilfuoco.it](mailto:com.modena@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:**   8° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto  
              32° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto per Salvamento  
              Memorial “Fabio Lombini”  
              Pavullo nel Frignano (MO) / Modena, 24-26 maggio 2024.

In riferimento alla lettera circolare prot. n.\_\_\_\_ del \_\_/03/2024, 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 )

**8° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto**  
**32° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto per Salvamento**  
**Memorial “Fabio Lombini”**  
**Pavullo nel Frignano (MO) / Modena, 24-26 maggio 2024**

**ALL. A)**

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

a Cat (* )	b Turno di serv.	c n. turni di ass.	d Qual. (**)	e COGNOME E NOME	f anno	g N. Tess. Mod. ATE	l G.S./S.S. di appartenenza (se tesserato)	m n°Tess FIN/ CSI (se tess.)	n ente di aff.	o Data scadenza cert. medico di idoneità	p Tempi di iscrizione					
											Salvamento			Nuoto		
											50mt Trasp	50mt Misto	50mt pinne	Gara1	Gara2	Gara3
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---
---	---	---			aaaa				---	gg/--/----				---	---	---

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

(\*) Vedi punto 12. (Categorie):

(\*\*) Vedi 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 )

**8° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto**  
**32° Campionato Italiano VV.F. di Nuoto per Salvamento**  
**Memorial “Fabio Lombini”**  
**Pavullo nel Frignano (MO)/ Modena, 24-26 maggio 2024**

**ALL. B)**

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

a Cat (*)	d Qual.	e COGNOME E NOME	f anno	g Tess. V.F. o Tess. Mod. AT	h ex VVA ****	i Vigili Volontari a domanda *****		l G.S./S.S. di appartenenza (se tesserato)	m n°Tess FIN/ AICS (se tesserato)	n ente di aff.	r Data scadenza cert. medico di idoneità	p Tempi di iscrizione					
						n. decreto / data	corso finale					Salvamento			Nuoto		
												50mt Tarsp.	50mt Misto	50mt Pinne	Gara1	Gara2	Gara3
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---
---			aaaa		corso/anno	n. del gg/--/aaaa	--			---	gg/--/----				---	---	---

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

- (\*) Vedi punto 12. Categorie
- (\*\*) 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. 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: <sup>---</sup>turno di servizio - <sup>---</sup>turni di assenza)

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile del Responsabile della Squadra )

\_\_\_\_\_  
(Comandante/Direttore/Dirigente )