



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO VV.F. RIMINI
com.rimini@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
Mail: uff.attivitasportive@vigilfuoco.it

e, p.c. Alla Direzione ----- VV.F.
REGIONE
Indirizzo
CAP - Città

OGGETTO: Circuito Ciclistico VV.F. 2024.
14° Campionato Italiano VV.F. di Ciclismo Grande e Medio Fondo
Memorial "Agostino Del Magno".
Cattolica (RN), 12 maggio 2024.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° _____ del ___/___/2024, si invia il retro indicato 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)

Circuito Ciclistico VV.F. 2024
14° Campionato Italiano VV.F. di Ciclismo Grande e Medio Fondo
Cattolica (RN), 12 maggio 2024

ALL. A)

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. Mod. ATe	l G.S./S.S. di appartenenza	m n°Tess FCI/ E.P.S.	n Ente di aff.	o Data scadenza certificato medico di idoneità
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
---	---	---							---	gg/--/----
Automezzo ----- nome Comando / Direzione /Ufficio										

(*) V. punto 14. (Categorie): ES, M1, M2, M3, M4, M5, M.over, E/U23, D).

(**) 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)

14° Campionato Italiano V.V.F. di Ciclismo Grande e Medio Fondo Cattolica (RN), 12 maggio 2024

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

a Cat. *	d Qual. **	e COGNOME E NOME	f Anno di nascita	g Tess. Mod. AT ***	h ex VVA ****	i Vigili Volontari a domanda *****		l G.S./S.S. di appartenen.	m n°Tess. FCI/ E.P.S.	n Ente di affil.	o 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

- (*) V. punto 14. (Categorie): ES, M1, M2, M3, M4, M5, M.over, E/U23, D).
- (**) Vedi punto 2. (Pens. o V.V.).
- (***) Solo per i pensionati.
- (****) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.
- (*****) rinnovo 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)
