



nome Comando / Direzione /Ufficio

DEL
PUBBLICO

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
ROMA
com.roma@cert.vigilfuoco.it

AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DEI VIGILI

FUOCO, DEL SOCCORSO

E DELLA DIFESA CIVILE
Ufficio per le Attività Sportive
Piazza Scilla n° 2
00178 ROMA
Mail:

uff.attivitasportive@cert.vigilfuoco.it

e, p.c.

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

OGGETTO: Circuito di Tiro VV.F. 2024.

18° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Fossa Olimpica
8° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Skeet
Roma, 25-26-27 giugno 2024.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° del , 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 di Tiro VV.F. 2024

18° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Fossa Olimpica

8° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Skeet

Roma, 25-26-27 giugno 2024

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

All. A

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 N. Tess. Mod. ATe	l N° Tessera FITAV (obbl.)	m Porto d'armi (obbl.)	n Calibro Fucile (obbl.)	o Marca Fucile (obbl.)	p Marca Cartucce (obbl.)	Iscrizione a:

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

(*) V. punto 13. (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)

-

(firma leggibile del Responsabile della Squadra)

(Comandante/Direttore/Dirigente)

Circuito di Tiro VV.F. 2024
18° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Fossa Olimpica
8° Campionato Italiano VV.F. di Tiro a Volo - Skeet
Roma, 25-26-27 giugno 2024

All. B

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

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 N° Tessera FITAV (obbl.)	m Porto d'armi (obbl.)	n Calibro Fucile (obbl.)	o Marca Fucile (obbl.)	p Marca Cartucce (obbl.)	Iscr. a
						n. decreto / data	corso finale						
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---
---					corso/anno	/	gg/--/aaaa	--					---

Automezzo ----- nome Comando / Direzione /Ufficio
(*) Vedi punto 13. (Categorie)

- (**) Vedi punto 2. (Pens. o V.V.).
(***) Solo per i pensionati.
(****) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.
(***) Data rinnovo domanda Ex VVA dpo i 45 anni
(***) 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)