



**DIREZIONE REGIONALE /
INTERREGIONALE
VIGILI DEL FUOCO
nome Direzione**

AL 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. AL COMANDO VV.F. Cagliari
com.cagliari@cert.vigilfuoco.it

OGGETTO: 2° Campionato Italiano VV.F. di Pallavolo.
Cagliari, 18 - 19 settembre 2026.

Con riferimento alla lettera circolare prot. STAFFCNVVF n° XXXXX del XX/XX/2026 e facendo seguito alla nota di questa Direzione n° ____ del __/__/____ (nomina Responsabile/Allenatore della **Prima Squadra**), si invia il retro indicato modulo di iscrizione, compilato in tutte le sue parti, per la partecipazione del personale in servizio presso i Comandi di questa Regione alla manifestazione indicata in oggetto.

IL DIRETTORE REGIONALE / INTERREGIONALE
(Dott. Ing. _____)

**2° Campionato Italiano VV.F. di Pallavolo
Cagliari, 18 – 19 settembre 2026**

Personale in servizio nei Comandi VV.F. della Regione _____

- AII. B -1 PRIMA SQUADRA

	- A - Turni di servizio	- B - n° turni di assenza	- C - Qualifica nel C.N.VV.F.*	- D - Cognome e Nome	- E - n° di maglia	- F - Anno di nascita	- G - Tess. VV.F. o Modello ATE	- H - Comando VV.F. di appartenenza	- I - Data di scadenza certif. medico di idoneità
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13					ALL.				

Automezzo del Comando VV.F. di _____

(*) Vedi punto 3. (Qualifica dei partecipanti)

Dichiaro sotto la mia personale 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 L. 675/96, che i propri dati personali vengono comunicati e trattati esclusivamente per la partecipazione alla presente manifestazione sportiva.

Responsabile della 1ª squadra			
Qualifica	Cognome e Nome	Recapiti Telefonici	INDIRIZZO E-MAIL

(Firma leggibile del Responsabile della prima squadra)

IL DIRETTORE REGIONALE / INTERREGIONALE
(Dott. Ing. _____)