



COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO

Ufficio _____

Prot. n° _____ allegati _____

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
36100 VICENZA

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 R O M A

e, p.c.

ALLA DIREZIONE REGIONALE/INTERREG.
DEI VIGILI DEL FUOCO,
DEL SOCCORSO PUBBLICO
E DELLA DIFESA CIVILE

OGGETTO: Circuito Ciclistico VV.F. 2012
7° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross.
Torrebelvicino (VI), 16 / 17 dicembre 2011.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° 0012896 del 24.10.2011, 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 fax o via fono, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

IL COMANDANTE
(Dott. Ing. _____)

Circuito Ciclistico VV.F. 2012
7° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Torrebelvicino (VI), 16-17 dicembre 2011

ALL. A)

Personale in servizio al Comando Provinciale VV.F. _____

a	b	c	d	e	f	g	l	m	n	o	p	
Cat. (*)	Turno di servizio	n. turni di servizio	Qualifica nel C.N.VV.F./ Dip./V.F. (**)	COGNOME E NOME	Anno di nascita	Tess. V.F. o Tess. Mod. AT	G.S./S.S. di appartenenza	n°Tess F.C.I./ E.P.S	richiesta tessera giornaliera F.C.I.	Ente di affiliazione	Data scadenza certificato medico di idoneità	Class

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

(*) 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 della L. 196 del 30.06.2003 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)

IL COMANDANTE
(Dott. Ing. _____)

