



**AII. A**

**COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO**

Ufficio \_\_\_\_\_

Prot. n° \_\_\_\_\_ allegati \_\_\_\_\_

AL COMANDO PROVINCIALE  
VIGILI DEL FUOCO DI  
40100 B O L O G N A

e, p.c. 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

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

**OGGETTO: Circuito Podistico VV.F. 2006.**

*17° Trofeo "Memorial Tiziano Nannuzzi".  
Castiglione dei Pepoli (BO), 17 settembre 2006.*

In riferimento alla lettera circolare prot. n° 136580/5421/C UAS del 10/08/2006, si invia il retroindicato modulo di iscrizione, compilato in tutte le sue parti, per la partecipazione del personale in servizio presso questo Comando alla gara indicata in oggetto.

Come da regolamento, l'iscrizione sarà confermata via fax o via fono, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

IL COMANDANTE  
(Dott. Ing. \_\_\_\_\_ )

*17° Trofeo “Memorial Tiziano Nannuzzi  
Castiglione dei Pepoli (BO), 17 settembre 2006*

Personale in servizio al Comando Provinciale VV.F. \_\_\_\_\_

<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>	<b>g</b>	<b>h</b>	<b>i</b>	<b>l</b>	<b>m</b>	
Cat.  (* )	Turno di servizio	N°Turni di assenza	Qualif. nel C.N.VV.F. / Dip. VV.F.	Cognome e Nome	Anno di nascita	Tess. VV.F. o Tess. Mod. AT o n° corso VV.A. o n° decreto V.V. (**)	G.S./S.S. di appartenenza	N°Tess.	Ente di affiliazione (***)	Data scadenza certificato medico di idoneità	Classif

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di \_\_\_\_\_

(\*) Vedi punto 9. (Categorie)

(\*\*) Vedi punto 2. (Qualifica dei partecipanti) . Nel caso di Vigile Volontario indicare il corso di Vigile Volontario Ausiliario frequentato o gli estremi ( n. di protocollo e data) del decreto di iscrizione nell’elenco del personale volontario VV.F del Comando.

(\*\*\*) Federazione o Ente di Promozione Sportiva cui è affiliato il G.S. VV.F. o la S.S. di appartenenza.

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. 675/96, 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 )

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(se non gareggia: turno di servizio - turni di assenza)

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

IL COMANDANTE  
(Dott. Ing. \_\_\_\_\_)