



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 ROMA

REGIONALE/INTERREG. e, p.c. ALLA DIREZIONE

DEI VIGILI DEL FUOCO,  
DEL SOCCORSO PUBBLICO  
E DELLA DIFESA CIVILE

**OGGETTO:** 4° Campionato Italiano VV.F. di Arrampicata Sportiva.  
*Valdagno (VI), 2-3 ottobre 2015.*

In riferimento alla lettera circolare prot. n° ....., 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.

IL COMANDANTE  
(Dott. Ing. )

4° Campionato Italiano VV.F. di Arrampicata Sportiva  
**Valdagno (VI), 2-3 ottobre 2015**

a	b	c	d	e	f	g	l	m	n	o	
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  (se tesserato)	n°Tess FASI E.P.S.  (se posseduta)	Ente di affiliazione	Data <b>scadenza</b> certificato medico di idoneità	Class

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

(\*) V. punto 18. (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.

4) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni contenute nelle modalità di partecipazione e di averne portato a conoscenza tutti i partecipanti che le accettano, a loro volta.

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. \_\_\_\_\_ )

4° Campionato Italiano VV.F. di Arrampicata Sportiva  
**Valdagno (VI), 2-3 ottobre 2015**

Comando Provinciale.VV.F. \_\_\_\_\_

Personale volontario /in quiescenza

a  Cat.  (*)	d  Qualifica  (**)	e  COGNOME E NOME	f  Anno di nascita	g  Tess. Mod. AT  (***)	h  ex VVA  (****)	i		l  G.S./S.S. di appartenenza  (se tesserato)	m  n°Tess FASI/ E.P.S.  (se posseduta)	n  Ente di affiliazione	o  Data <b>scadenza</b> certificato medico di idoneità	Class.
						Vigili Volontari a domanda  (****)						
						n. decreto e data	Eventuale superamento corso formazione					
							si   no					
							si   no					
							si   no					
							si   no					
							si   no					
							si   no					

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

(\*) Vedi punto 18. (Categorie)

(\*\*) Vedi punto 2. (Pens. o V.V. ).

(\*\*\*) Solo per i pensionati.

(\*\*\*\*) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.

(\*\*\*\*\*) Solo per Vigili Volontari a domanda: n. decreto e data ed eventuale superamento corso 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.

4) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni contenute nelle modalità di partecipazione e di averne portato a conoscenza tutti i partecipanti che le accettano, a loro volta.

Responsabile della squadra \_\_\_\_\_

(Qualifica - COGNOME e Nome )

(n° telefonico)

e-mail

(se non gareggia: **turno di servizio - turni di assenza**)

IL COMANDANTE

(Dott. Ing. )

(firma leggibile del Responsabile della Squadra)