



COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO

Ufficio _____

Prot. n° _____ allegati _____

ALLA FEDERAZIONE DEI CORPI
VIGILI DEL FUOCO
VOLONTARI DELLA PROVINCIA
DI TRENTO
Via Secondo da Trento, 2
38100 T R E N T O

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 Ciclistico VV.F. 2007.*
11° Campionato Italiano VV.F. - 3° Campionato Italiano Interforze
di Mountain Bike.
Monte Bondone (TN), 8 luglio 2007.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° 135655/5421/C UAS del 29.03.2007, 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.

Si allega, altresì, l'elenco del personale volontario ed in quiescenza che intende prendere parte alla manifestazione.

IL COMANDANTE
(Dott. Ing. _____)

ALL. A)

Circuito Ciclistico VV.F. 2007
11° Campionato Italiano VV.F. - 3° Campionato Italiano Interforze di Mountain Bike
Monte Bondone (TN), 8 luglio 2007

Personale in servizio al Comando Provinciale VV.F. _____

a	b	c	d	e	f	g	h	i	l	m	
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)	°Tess F.C.I. o ente riconosciuto dal C.O.N.I.	Ente di affiliazione	Data scadenza certificato medico di idoneità	Class
(*)			(**)								

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

(*) V. punto 11. (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. 675/96 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. _____)

Circuito Ciclistico VV.F. 2007 **ALL. B)**
11° Campionato Italiano VV.F. - 3° Campionato Italiano Interforze di Mountain Bike
Monte Bondone (TN), 8 luglio 2007

Comando Provinciale VV.F. _____ Personale volontario /in quiescenza

a	d	e	f	g	h	i	l	m	
Cat.	Qualifica	COGNOME E NOME	Anno di nascita	Tess. Mod. AT o n. corso VVA o n. decreto (***)	G.S./S.S. di appartenenza (se tesserato)	n°Tess F.C.I. o ente riconosciuto dal C.O.N.I.	Ente di affiliazione	Data scadenza certificato medico di idoneità	Class
(*)	(**)								

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

(*) Vedi punto 11. (Categorie)

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

(***) Nel caso di Vigile Volontario indicare il corso e l'anno di Vigile Volontario Ausiliario frequentato o gli estremi (n. di protocollo e data) del decreto di iscrizione nell'elenco del personale volontario.

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 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. _____)