



**DIREZIONE REGIONALE / INTERREGIONALE
VIGILI DEL FUOCO**

Ufficio _____

Prot. n° _____ allegati _____

AL COMANDO PROVINCIALE
VV. F. DI GROSSETO
Via Paolo Carnicelli, 2
58100 GROSSETO

e p. c. 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

OGGETTO: 7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5.
Follonica (GR) 18 – 22 maggio 2009.

Con riferimento alla lettera circolare prot. n° 135324/5421/UAS del 11/02/2009, si invia il retroindicato 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.

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

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

**7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5
FOLLONICA (GR) 18 – 22 MAGGIO 2009.**

Personale in servizio nei Comandi Provinciali della Regione _____

- AII. A-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 Tess. Mod.AT | - H - Comando Provinciale di appartenenza | - I - G.S./S.S. di appartenenza ** | - J - n° Tess. | - K - Ente di affiliazione ** | - L - Data di scadenza certif. medico di idoneità |
|----|----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|---|---|-------------------|--|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | ALL. | | | | | | | |

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

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

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

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. _____)

**7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5
FOLLONICA (GR) 18 – 22 MAGGIO 2009.**

Personale in servizio nei Comandi Provinciali della Regione _____

- AII. A-2 SECONDA 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 Tess. Mod.AT | - H - Comando Provinciale di appartenenza | - I - G.S./S.S. di appartenenza ** | - J - n° Tess. | - K - Ente di affiliazione ** | - L - Data di scadenza certif. medico di idoneità |
|----|----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|---|---|-------------------|--|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | ALL. | | | | | | | |

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

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

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

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 2ª squadra | | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------------|------------------|
| Qualifica | Cognome e Nome | Recapiti Telefonici | INDIRIZZO E-MAIL |
| | | | |

(Firma leggibile del Responsabile della seconda squadra)

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