



**DIREZIONE REGIONALE / INTERREGIONALE
VIGILI DEL FUOCO**

Ufficio _____

Prot. n° _____ allegati _____

AL 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: 2° Campionato Italiano VV.F. di Calcio – Memorial Romolo MUSILLI.
Roma 14 – 20 settembre 2009.

Con riferimento alla lettera circolare prot. n° 136296/5421/UAS del 19/06/2009, si inviano i retro indicati moduli di iscrizione, compilati in tutte le loro 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. _____)

2° Campionato Italiano VV.F. di Calcio – Memorial Romolo MUSILLI

ROMA 14 – 20 settembre 2009.

Personale in servizio nei Comandi Provinciali VV. F. della Regione _____

- All. A-1**
- ☐ Squadra classificatasi tra le prime 8 al 7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5.
 - ☐ Squadra classificatasi oltre le prime 8 al 7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5.
 - ☐ Squadra non partecipante al 7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5
 - ☐ 2^a Squadra di Direzione Regionale partecipante o non al 7° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5

Colore 1^a maglia _____ Colore 2^a maglia _____

(N. B. Le tenute da gioco devono essere minimo due, una prevalentemente chiara ed una prevalentemente scura)

[illegible]

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
	Turni di servizio	N. turni di assenza	Qualifica nel C.N.VV.F. *	Cognome e Nome	Anno di nascita	Tess. VV.F. o Tess. Mod.AT	Comando Provinciale di appartenenza	G.S./S.S. di appartenenza **	N° Tess.	Ente di affiliazione **	Data di scadenza certificato medico di idoneità
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
				ALLENATORE							
19											

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 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)

(turno di servizio - turni di assenza)

(Firma leggibile del Responsabile della squadra)

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