



COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO

Ufficio _____

Prot. n° _____ allegati _____

AL COMANDO PROVINCIALE VV.F.
33170 PORDENONE

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 R O M A

e, p.c.

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

OGGETTO: Circuito Ciclistico VV.F. 2010
5° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross.
Roveredo in Piano (PN), 20 dicembre 2009.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° 3583 del 23/10/2009, 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 fax o via fono, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

IL COMANDANTE
(Dott. Ing. _____)

Circuito Ciclistico VV.F. 2010
5° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Roveredo in Piano (PN), 20 dicembre 2009

Personale in servizio al Comando Provinciale VV.F. _____

| 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 | n°Tess F.C.I./ E.P.S (se posseduta) | Ente di affiliazione | Data scadenza certificato medico di idoneità | Class |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

(*) V. punto 14. (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. 196 del 30.06.2003 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. 2010
5° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross
Roveredo in Piano (PN), 20 dicembre 2009

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

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

Automezzo del Comando Provinciale VV.F. di _____

- (*) Vedi punto 14. (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 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. _____)