



**COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_

Prot. n° \_\_\_\_\_ allegati \_\_\_\_\_

AL      COMANDO PROVINCIALE VV.F.  
00100      R O M A

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. 2011  
6° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross.  
***Roma-Capannelle, 8 gennaio 2011.***

In riferimento alla lettera circolare prot. n° 13546 del 2.11.2010, 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. 2011**  
**6° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross**  
**Roma – Capannelle, 8 gennaio 2011**

**ALL. A)**

Personale in servizio al Comando Provinciale VV.F. \_\_\_\_\_

a	b	c	d	e	f	g	l	m	n	o	p	
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	Ente di affiliazione	Data <b>scadenza</b> certificato medico di idoneità	Sistemazione Logistica presso S.F.B.  SI/NO  (***)	Class
(*)			(**)									
											SI   NO	
											SI   NO	
											SI   NO	
											SI   NO	
											SI   NO	
											SI   NO	

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

(\*) V. punto 14. (Categorie)

(\*\*) V. punto 2. (Qualifica dei partecipanti) .

(\*\*\*) **Arrivo alla S.F.B. previsto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_**

**Partenza dalla S.F.B. previsto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_**

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. 2011

## 6° Campionato Italiano VV.F. di Ciclocross

**ALL. B**

***Roma – Capannelle, 8 gennaio 2011***

Comando Provinciale VV.F. ....						Personale volontario /in quiescenza							
a	d	e	f	g	h	i		l	m	n	o	p	Class
Cat.	Qualifica	COGNOME E NOME	Anno di nascita	Tess. Mod. AT	ex VVA	Vigili Volontari a domanda		G.S./S.S. di appartenenza	n°Tess F.C.I./ E.P.S	Ente di affiliazione	Data <b>scadenza</b> certificato medico di idoneità	Sistemazione Logistica presso S.F.B.	
						SI/NO (*****)							
						n. decreto e data (*****)	Eventuale superamento corso finale						
(*)	(**)			(***)	(****)		si   no					SI   NO	
							si   no					SI   NO	
							si   no					SI   NO	
							si   no					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.

(\*\*\*\*\*) **Arrivo alla S.F.B. previsto** il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Partenza dalla S.F.B. previsto** il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

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**)

IL COMANDANTE

(firma leggibile del Responsabile della Squadra)

(Dott. Ing. )