



**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: 4° Campionato Italiano VV.F. di Calcio – Memorial Alessandro GIOMI.
Roma 19 – 24 settembre 2011.

Con riferimento alla lettera circolare prot. n° 8623 dell' 05/07/2011, 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. _____)

4° Campionato Italiano VV.F. di Calcio – Memorial Alessandro GIOMI
ROMA 19 – 24 settembre 2011.

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

- All. B-1**
- ☐ Squadra classificatasi tra le prime 8 al 9° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5.
 - ☐ Squadra classificatasi oltre le prime 8 al 9° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5.
 - ☐ Squadra non partecipante al 9° Campionato Italiano VV.F. di Calcio a 5
 - ☐ 2^a Squadra di Direzione Regionale partecipante o non al 9° 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 (se tesserato)	N° Tess. (se posseduta)	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.
- 4) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni contenute nelle modalità di partecipazione e di averne portato a conoscenza tutti i partecipanti che, a loro volta, le accettano.

Responsabile della squadra _____ (Qualifica - COGNOME e Nome) _____ (Recapiti telefonici)

_____ (Indirizzo E-mail) _____
 _____ (turno di servizio) - _____ turni di assenza)

 (Firma leggibile del Responsabile della squadra)

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