



**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:**    3° Campionato Italiano VV.F. di Calcio – Memorial Gabriele VALENTE.  
*Roma 13 – 19 settembre 2010.*

Con riferimento alla lettera circolare prot. n° n° 9117 dell' 08/07/2010, 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. \_\_\_\_\_ )



	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.

**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. \_\_\_\_\_)