



nome Comando / Direzione /Ufficio

AL COMANDO VV.F. Caserta
com.caserta@cert.vigilfuoco.it

AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL
FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO
E DELLA DIFESA CIVILE
Ufficio per le Attività Sportive
uff.attivitasportive@cert.vigilfuoco.it

e, p.c.

Alla Direzione ----- VV.F.
REGIONE
Indirizzo
CAP - Città

OGGETTO: Circuito Podistico VV.F. 2024.
 22° Campionato Italiano VV.F. di Mezza Maratona
 Memorial V.F.C. Vincenzo Patriciello
 Caserta (CE), 17 novembre 2024

In riferimento alla lettera circolare prot. n° _____ del __/__/2024, 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 e-mail, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

(Comandante/Direttore/Dirigent
e)

3) che il personale iscritto è stato informato, ai sensi del d.lgs. 196/2003 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)

(Comandante/Direttore/Dirigente)

22° Campionato Italiano V.V.F. di Mezza Maratona
“Memorial V.F.C Vincenzo Patriciello”
Caserta (CE), 17 novembre 2024

All. B

Cat. *	Qualifica **	COGNOME E NOME	Anno di nascita	Tess. Mod. ATe ***	Vigili Volontari a domanda *****	G.S./S.S. di appartenen. (se tesserato)	n°Tess FIDAL./ E.P.S. O RUNCARD (se posseduta)	Ente di affil. RUNCAR D	Data scadenza certificato medico di idoneità
					n. decreto / data				
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----
---					/ gg/--/aaaa			-----	gg/--/----

Automezzo
nome

Comando / Direzione /Ufficio

(*) V. punto 10. (Categorie).
 (**) Vedi punto 2. (Pens. o V.V.).
 (***) Solo per i pensionati.
 (****) Solo per Vigili Volontari a domanda: n. decreto e data

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 d.lgs. 196/2003 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)

(Comandante/Direttore/Dirigente)