



-----

**nome Comando / Direzione /Ufficio**

AL       COMANDO PROVINCIALE VV.F.  
          PESARO URBINO  
          [com.pesarourbino@cert.vigilfuoco.it](mailto:com.pesarourbino@cert.vigilfuoco.it)

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         ROMA  
          Mail: [uff.attivitasportive@vigilfuoco.it](mailto:uff.attivitasportive@vigilfuoco.it)

e, p.c.               Alla    Direzione ----- VV.F.  
                                          REGIONE  
                                          Indirizzo  
                                          CAP - Città

**OGGETTO:**   Circuito Ciclistico VV.F. 2023  
              25° Campionato Italiano VV.F. di Mountain Bike  
              Urbania (PU), 24 settembre 2023.

In riferimento alla lettera circolare prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2023, 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 mail, sette giorni prima della gara, segnalando eventuali cambiamenti.

-----

( Comandante/Direttore/Dirigente )



( firma leggibile del Responsabile della Squadra )

-----  
(Comandante/Direttore/Dirigente )

**Circuito Ciclistico VV.F. 2023**  
**25° Campionato Italiano VV.F. di Mountain Bike**  
**Urbania (PU), 24 settembre 2023**

**ALL. B)**

Trasmissione elenco personale volontario / in quiescenza - ----- nome Comando / Direzione /Ufficio

| a<br>Cat.<br>* | d<br>Qual.<br>** | e<br>COGNOME<br>E<br>NOME | f<br>Anno<br>di<br>nascita | g<br>Tess. Mod.<br>AT<br>*** | h<br>ex<br>VVA<br>**** | l<br>Vigili Volontari<br>a domanda<br>***** |                 | m<br>G.S./S.S.<br>di<br>appartenen.<br>(se poss.) | n<br>n°Tess.<br>FCI/<br>E.P.S.<br>(se poss.) | o<br>Ente<br>di<br>affil. | p<br>Data<br>scadenza<br>certificato<br>medico<br>di idoneità |
|----------------|------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                |                  |                           |                            |                              |                        | n. decreto / data                           | corso<br>finale |                                                   |                                              |                           |                                                               |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |
| ---            |                  |                           |                            |                              | corso/anno             | / gg/--/aaaa                                | --              |                                                   |                                              | ---                       | gg/--/----                                                    |

Automezzo ----- nome Comando / Direzione /Ufficio

- (\*) V. punto 14. (Categorie): ES, M1, M2, M3, M4, M5, M.over, E/U23, D).  
(\*\*) Vedi punto 2. (Pens. o V.V. ).  
(\*\*\*) Solo per i pensionati.  
(\*\*\*\*) Solo per ex V.V.A.: n. del corso e anno.  
(\*\*\*\*\*) rinnovo ex V.V.A. dopo la scadenza dei 45 anni ( vedi art. 2 comma V )  
(\*\*\*\*\*) Solo per Vigili Volontari a domanda: n. decreto e data ed eventuale superamento corso di 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 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 )