



Ministero dell'Interno

Dipartimento dei Vigili del fuoco, del Soccorso Pubblico e
della Difesa Civile

Comando Provinciale Vigili del fuoco Modena

VISITA ALLA SEDE DI SERVIZIO

da inoltrarsi via fax al nr. 059/222350 prima della visita

Denominazione gruppo _____

Responsabile sig./sig.ra _____

Giorno _____

Inizio visita ore: _____ termine visita ore: _____

Si dichiara che nel corso della visita i bambini saranno accompagnati da nostro personale che si assume la responsabilità dell'intero controllo dei bambini e degli operatori presenti alla visita.

In fede

Note:

TURNO DI SERVIZIO: A B C D

Il Capo Turno di Servizio
