

MODULO RICHIESTA SERVIZIO

CORPO VIGILI DEL FUOCO VOLONTARI RAVINA

DA COMPILARE E INVIARE A ravina@distrettovvftrento.it



ASSOCIAZIONE / ENTE RICHIEDENTE: _____

REFERENTE ASSOCIAZIONE: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

DATA/E EVENTO/MANIFESTAZIONE: DAL _____ AL _____

LUOGO: _____

EVENTUALI TRAGITTI: _____

TIPOLOGIA SERVIZIO RICHIESTO:

SERVIZIO VIGILANZA

SERVIZIO VIABILITA' (obbligatoria presenza di un pubblico ufficiale su delega del quale possiamo effettuare questa tipologia di servizio)

SERVIZIO PREVENZIONE ANTINCENDIO

ALTRO (da specificare): _____

ATTREZZATURA NECESSARIA PER IL SERVIZIO RICHIESTO (eventuali spese vive saranno concordate):

PROGRAMMA DETTAGLIATO EVENTO/MANIFESTAZIONE E ORARI:

LUOGO E DATA: _____

FIRMA RESPONSABILE: _____

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL CORPO VIGILI DEL FUOCO VOLONTARI RAVINA

DATA RICEVIMENTO: _____

FIRMA VVF: _____