

Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITA' AGROALIMENTARE DELLA PESCA E DELL'IPPICA PQAI VII – Ufficio abilitazioni

Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma LICENZA ALLENATORE TROTTO IL/LA SOTTOSCRITTO/A Cognome Luogo di nascita Data di nascita Codice Fiscale Partita IVA RESIDENZA Num, civico Località (se diversa dal comune) Comune Sigla Cellulare PEC obbligatoria per l'invio di comunicazioni MIPAAF Indirizzo e-mail INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI (se diverso dalla residenza) Località (se diversa dal comune) Num .civico Comune Sigla IL RINNOVO DELLA SOLA LICENZA DI ALLENATORE RINUNCIANDO A QUELLA DI GUIDATORE CHIEDE per l'anno LA RIATTIVAZIONE DELLA LICENZA DI ALLENATORE A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 28.12.2000 N. 445 in caso di falsità contenute in dichiarazioni sostitutive di certificati o di atti di notorietà nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al rinnovo della autorizzazione ottenuto sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR N.445/2000) DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 (barrare le caselle d'interesse) di conoscere i vigenti regolamenti delle corse, il regolamento antidoping e le norme di procedura disciplinare, accettandone senza riserve od eccezioni tutte le disposizioni di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali. (Qualora il dichiarante abbia precedenti/procedimenti penali, gli stessi devono essere dichiarati sull'allegato A) di non aver al momento cavalli affidati in allenamento di avere in allenamento i cavalli riportati nell' Elenco cavalli in allenamento allegato al presente modulo che si compone di n....... fogli ed è conforme alle deleghe di affidamento dei cavalli depositate presso codesta Amministrazione dal/i proprietario/i. UNISCE ALLA PRESENTE (barrare le caselle d'interesse) Certificato medico di idoneità fisica all'attività agonistica ippica, rilasciato da Medico della F.M.S.I. o da Medico, specialista in medicina dello sport, operante in strutture pubbliche o private, autorizzato a svolgere tale specifica attività certificatoria a norma di legge. Valido per l'anno in corso Dichiarazione della Società Assicuratrice dalla quale risulti che il richiedente ha provveduto alla copertura infortuni per attività agonistica valida per l'anno in corso Due fotografie formato tessera firmate sul margine laterale. Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità ATTENZIONE al termine dell'iter amministrativo il richiedente: riceverà comunicazioni relative alla concessione/riattivazione e istruzioni per l'accredito al SIAN (Sistema Informativo Agricolo Nazionale), sistema attraverso il quale dovrà versare mediante il servizio PAGO PA l'importo previsto di € 213,00 e l'imposta di bollo di € 16,00. dovrà inserire a SIAN l'elenco dei cavalli in allenamento e dei rispettivi proprietari, da aggiornare in caso di variazioni che dovessero verificarsi nell'anno. A tale variazione dovrà corrispondere l'atto di delega rilasciato dal proprietario e inserito sul SIAN dallo stesso

svolgimento delle relative funzioni istituzionali. I dati potranno essere utilizzati e forniti ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sul trattamento dei dati)



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali dipartimento delle politiche competitive, della qualita agroalimentare della pesca e dell'ippica PQAI VII – Ufficio abilitazioni Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

ELENCO CAVALLI IN ALLENAMENTO TROTTO FOGLIO MICROCHIP LOCALITÀ DI ALLENAMENTO NOME DEL CAVALLO **PROPRIETARIO CON INDIRIZZO COMPLETO** o N. PASSAPORTO

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati e utilizzati direttamente da questa Amministrazione per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti che espletano tali attività per suo conto, nonché ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. I dati potranno essere utilizzati e forniti ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sul trattamento dei dati).

Firma:



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali dipartimento delle politiche competitive, della qualita' agroalimentare della pesca e dell'ippica PQAI VII - Ufficio abilitazioni

Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

Da rendere solo in caso di precedenti/procedimenti penali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Artt. 46 del D.P.R. n 445/2000)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A						
Cognome			Nome			
Data di nascita	/ Luogo di nascita					
RESIDENTE IN						
Via	Num,civico	Località (se diversa da	al comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
Consapevole delle sanzioni pe e dichiarazioni mendaci, nonc emanato sulla base di dichiara	ché della de	ecadenza dai be	nefici ev itiera (ar	entualr	nente conseguen	iti al provvedimento
Letto, confermato e sottoscrit	to					
DATA/		FIRMA:_				
La presente dichiarazione È VALI	DA SOLTA	NTO SE ACCOM	PAGNAT	「A da foi	ocopia di documen	to di riconoscimento in

corso di validità.

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati e utilizzati direttamente da questa Amministrazione per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti che espletano tali attività per suo conto, nonché ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. I dati potranno essere utilizzati e forniti ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sul trattamento dei dati).