RIL01

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 GUIDATORE PROFESSIONISTA TROTTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A		
Cognome	Nome	Luogo di nascita
Data di nascita ____/____/_____	Codice Fiscale	Partita IVA

RESIDENZA					
Via	Num,civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
Cellulare	PEC obbligatoria per l'invio di comunicazioni MIPAAF			Indirizzo e-mail	

INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI (*se diverso dalla residenza*)					
Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.

CHIEDE: ❑ **LA CONCESSIONE** ❑ **LA RIATTIVAZIONE** **per l'anno** _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 N. 445/2000 D.P.R. 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 D.P.R 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).

- ❑ che la polizza assicurativa stipulata è a copertura dei rischi in corsa e in allenamento.

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 per l'anno in corso.
- ❑ Due fotografie formato tessera firmate sul margine laterale.
- ❑ Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità (Art. 38 D.P.R. n. 445/2000).

ATTENZIONE - al termine dell'iter amministrativo il richiedente riceverà comunicazioni relative alla concessione/riattivazione e/o le 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 **€ 96,00** e l'imposta di bollo di **€ 16,00.**

Data ____/____/_____ **Firma**:_____

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).

RIL01

Allegato A

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 dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione sostitutiva non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____/____/_____ **Il DICHIARANTE**:_____

La presente dichiarazione È VALIDA SOLTANTO SE ACCOMPAGNATA da fotocopia di documento 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).