



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

PATENTE ALLENATORE PROFESSIONISTA GALOPPO/SELLA	ANNO: _____
--	--------------------

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 CHE VENGA CONCESSA RIATTIVATA LA PATENTE

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 28.12.2000 N. 445)

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 (barrare le caselle d'interesse)
<input type="checkbox"/> di aver preso visione dei vigenti regolamenti delle corse, del regolamento antidoping e delle norme di procedura disciplinare, accettandone senza riserve od eccezioni tutte le disposizioni
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali. <i>(Qualora il dichiarante abbia precedenti/procedimenti penali, gli stessi devono essere dichiarati sull'allegato A)</i>
<input type="checkbox"/> di disporre di idonee strutture per l'allenamento dei cavalli site in:.....
<input type="checkbox"/> di non aver assunto alle proprie dipendenze personale per la cura ed il mantenimento dei cavalli affidati in allenamento
<input type="checkbox"/> di aver assunto alle proprie dipendenze, nel rispetto delle disposizioni vigenti, personale per la cura ed il mantenimento dei cavalli affidati in allenamento, il cui elenco con generalità è riportato nello schema alla pagina successiva
<input type="checkbox"/> di non aver al momento cavalli affidati in allenamento
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità.
<input type="checkbox"/> Due fotografie formato tessera firmate sul margine laterale

ATTENZIONE al termine dell'iter amministrativo il richiedente:
— riceverà comunicazioni relative alla concessione/riattivazione e istruzioni per l'accredito al SIAN (<i>Sistema Informativo Agricolo Nazionale</i>), 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.

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).



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 DEL PERSONALE ASSUNTO ALLE PROPRIE DIPENDENZE PER LA CURA E IL MANTENIMENTO DEI CAVALLI AFFIDATI IN ALLENAMENTO						
ARTIERI						
1	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
	Indirizzo Residenza	Num,civico	CAP	Comune	Sigla Prov.	Qualifica
2	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
	Indirizzo Residenza	Num,civico	CAP	Comune	Sigla Prov.	Qualifica
3	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
	Indirizzo Residenza	Num,civico	CAP	Comune	Sigla Prov.	Qualifica
FANTINI DELLA SCUDERIA						
1	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
2	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
3	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
ALLIEVI FANTINI DELLA SCUDERIA						
1	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
2	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
3	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
CAPORALI DI SCUDERIA						
1	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
2	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
3	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____

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).



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
(Art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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. 445 del 28/12/2000 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 DPR 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____/____/____

IL/LA 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).