



*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

**UNISCE ALLA PRESENTE** (*barrare le caselle d'interesse*)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Originale</b> del 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. |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia della ricevuta che attesti l'avvenuto pagamento del premio assicurativo con specifica del periodo di copertura assicurativa.  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Fotocopia leggibile del documento di identità</b> 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 **€ 128,00**e dell'imposta di bollo di **€ 16,00**.



*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 SOTTOSCRITTO					
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II 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).*