



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE DELLA PESCA E DELL'IPPICA
PQAI VII – Ufficio abilitazioni
Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

LICENZA ALLENATORE PROFESSIONISTA TROTTO CON FUNZIONE LIMITATA

Da compilare obbligatoriamente in modo leggibile in ogni sua parte e barrando le caselle interessate

IL/LA SOTTOSCRITTO/LA					
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 <u>obbligatoria</u> 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 della licenza

ANNO

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. (Qualora il dichiarante abbia precedenti/procedimenti penali, gli stessi devono essere dichiarati sull'allegato A)
<input type="checkbox"/> di limitare la sua funzione di allenatore alla sola attività programmatica ed organizzativa
<input type="checkbox"/> di non aver assunto alle proprie dipendenze personale per la cura e il mantenimento dei cavalli e la gestione della fase operativa dell'allenamento
<input type="checkbox"/> di aver assunto alle proprie dipendenze, nel rispetto delle disposizioni vigenti, personale per la cura ed il mantenimento dei cavalli e la gestione della fase operativa dell'allenamento, il cui elenco con generalità è allegato alla presente dichiarazione
<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 la caselle d'interesse)
<input type="checkbox"/> 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 degli oneri di istruttoria pari a € 213,00€ dell'imposta di bollo pari a € 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/CAPORALI DI SCUDERIA						
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
GUIDATORI DELLA SCUDERIA						
1	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
2	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
3	Cognome	Nome		Nato a		il ____/____/____
ALLIEVI GUIDATORI DELLA 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 QUALITÀ 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 ____/____/____

FIRMA: _____

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).