RIP01



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

AMMISSIONE TIROCINIC	AS	PIRA	ANTE G.R. / A	MAZZO		PIA	NO		OSTA	COLI
IL/LA SOTTOSCRITTO/A								•		
Cognome		Nome				Comune o Stato estero di nascita				
Data di nascita		Codice Fiscale								
RESIDENZA			_							
Via	Num	civico Località (se diversa dal comu		I comune)	CAP	Con	Comune			Sigla Prov.
Cellulare	PEC.	obbligat	bbligatoria per l'invio di comunicazioni MIP		AAF	Indi	Indirizzo e-mail			1
INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI (se	divers	o dalla	residenza)							
		civico Località (se diversa dal comune		I comune)	CAP	Con	Comune			Sigla Prov.
			CHIED	Ε	•					•
di poter frequentare il tirocinio di aspirante cavaliere dilettante,					one all'es	same p	er la c	onces	sione de	lla patente
Cognome				Nome			Data di nascita			
Firma dell'allenatore (per esteso Allegare fotocopia di documento di A tal fine, consapevole delle san in dichiarazioni sostitutive di conseguenti al rinnovo della auto N. 445) DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 4	zioni zioni ertific orizzaz	penal ati o zione	i previste dall'art. di atti di notorie ottenuto sulla bas	. 76 DPF tà nonch e di dich e d'interes	né della d iiarazione se)	lecade non v	nza da eritiera	i ben a (art.	efici eve 75 DPR	ntualment 28.12.2000
disciplinare, accettandone senzi di non esercitare una attività pri ippiche e di non essere nelle co	za rise rofessi	rve od	l eccezioni tutte le c ca ippica e di non e	disposizions ssere tito	oni lare di red	diti der	ivanti d	la attiv		
di essere studente presso (Scue sita in Via										
e di aver superato con esito po	sitivo	il segu	uente anno di corso	(1°, 2°, 6	ecc.):					
Firma del genitore o di chi ese Firma dell'altro genitore:			•							
In caso di firma unica, è necess Il/La sottoscritto/a	······ ⁄erità,	ai sen	consapevol si del D.P.R. 445 d	e delle c lel 2000,	onseguenz dichiara d	ze amm i aver e	ffettua	to la r	ichiesta in	osservanz
Data / /	Firma:									



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali dipartimento delle politiche competitive, della Qualita' agroalimentare, della pesca e dell'ippica

POAI VII – Ufficio abilitazioni Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

UNI	SCE ALLA PRESENTE (barrare le caselle di interesse)							
	Originale 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.							
	n. 2 fotografie formato tessera, di cui una firmata lateralmente.							
Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità.								
CAVALIERI DILETTANTI CHE PRESENTANO IL RICHIEDENTE								
(IN S	STAMPATELLO)	Firma						
(IN S	STAMPATELLO)	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).