

Indirizzo PEC cui inviare l'istanza di rinnovo e la relativa documentazione:

aoo.saq@pec.politicheagricole.gov.it

L'oggetto della PEC deve contenere, come prima parola, il codice

RIL01

seguito da **Cognome e Nome**

(Esempio oggetto PEC: **RIL01 – Rossi Mario**)

ALLA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE VIA PEC

NON DEVE FAR SEGUITO L'INVIO DI ORIGINALI

Fa eccezione a quanto suddetto il certificato medico che può essere anticipato via PEC ma deve essere successivamente inviato in originale. La mancata trasmissione dell'originale entro 15 gg. dalla data di invio della PEC comporta la sospensione dell'autorizzazione a correre sino a completamento dell'istanza.



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITA' AGROALIMENTARE, IPPICHE E DELLA PESCA

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
(SOLO PER LE DOMANDE TRASMESSE TRAMITE POSTA ELETTRONICA)**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
residente in _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____,
C.F. _____ P.I. _____
indirizzo PEC _____ indirizzo e-mail _____

in qualità di: persona fisica rappresentante della scuderia procuratore della scuderia
nome scuderia: _____

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- che il numero identificativo riportato sulla marca da bollo apposta alla copia della domanda conservata dal Dichiarante è il seguente _____;
- che la medesima è stata regolarmente annullata (apponendo la data dell'istanza) prima di provvedere alla sua scansione per l'invio;
- di essere a conoscenza che il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali potrà effettuare controlli sull'istanza inviata per posta elettronica e pertanto si impegna a conservare, per almeno cinque anni, tutta la documentazione cartacea.

Luogo e data _____

Firma del 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 ed 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 nei casi di riconosciuto diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

RIL01



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

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

Applicazione diretta
Bolli da 16,00 Euro

LICENZA TROTTO	<input type="checkbox"/>	ALLIEVO APPRENDISTA	<input type="checkbox"/>	ALLIEVO GUIDATORE	<input type="checkbox"/>	ALLIEVO AUTORIZZATO IN CORSE PROFESSIONISTI	
-----------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	Nome	Comune o Stato estero di nascita
Data di nascita ___/___/___	Codice Fiscale	

RESIDENZA

Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
Telefono	Cellulare	Posta elettronica certificata (PEC)	Indirizzo e-mail		

INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI (se diverso dalla residenza)

Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
-----	------------	----------------------------------	-----	--------	-------------

CHIEDE	<input type="checkbox"/>	la concessione	<input type="checkbox"/>	il rinnovo	della licenza per l'anno	_____
---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------	---------------------------------	-------

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

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, ivi compresi quelli che hanno conseguito benefici previsti dalla Legge, ad es.: amnistia, indulto, riabilitazione, non menzione, patteggiamento, ecc).

di esercitare la propria attività alle dipendenze dell'allenatore:

<input type="checkbox"/>	Cognome	Nome	Data di nascita ___/___/___
--------------------------	---------	------	--------------------------------

Firma dell'allenatore (per esteso e leggibile)

UNISCE ALLA PRESENTE (barrare le caselle)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Attestazione del versamento della prescritta tassa di € 75,00 tramite bonifico su conto corrente bancario intestato al Tesoro dello Stato IBAN IT 86L 01000 03245 348 0 17 2537 00 recante in modo leggibile il numero CRO dell'operazione.
<i>(Importo non dovuto dall'Allievo apprendista)</i> |
| <input type="checkbox"/> | 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 fino al 31 dicembre 2017. |
| <input type="checkbox"/> | Dichiarazione della Società Assicuratrice dalla quale risulti che il richiedente ha provveduto alla copertura infortuni per attività agonistica a tutto il 31 Dicembre 2017. |
| <input type="checkbox"/> | Due fotografie formato tessera firmate sul margine laterale. |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità (Art. 38 D.P.R. n. 445/2000). |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità (Art. 38 D.P.R. n. 445/2000) dell'allenatore dichiarato |

Data ___/___/___

Firma: _____

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed 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 nei casi di riconosciuto diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE, IPPICHE E DELLA PESCA

PQAI VII – Ufficio abilitazioni – Trotto
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 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. 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 ____ / ____ / ____

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 ed 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 nei casi di riconosciuto diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.