



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

CONCESSIONE SOCIETÀ DI ALLENAMENTO GALOPPO/SELLA						ANNO _____
SOCIETÀ DI ALLENAMENTO						
Codice Fiscale				Partita IVA		
Iscritta alla CCIA di				al numero		
Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.	
Telefono	PEC <u>obbligatoria</u> per l'invio di comunicazioni MIPAAF			Indirizzo e-mail		
IL/LA SOTTOSCRITTO/A						
Cognome		Nome		Ruolo AMMINISTRATORE		%
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita		Codice Fiscale			
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.	

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)

CHIEDE CHE VENGA CONCESSA L'AUTORIZZAZIONE: (Nel caso si intenda richiedere entrambe le concessioni barrare entrambe le caselle)	
<input type="checkbox"/>	per far correre cavalli di proprietà in ippodromi riconosciuti dal MIPAAF
<input type="checkbox"/>	per l'esercizio di attività di addestramento e di allenamento del cavallo da galoppo
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 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.

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 QUALITÀ AGROALIMENTARE, DELLA PESCA E DELL'IPPICA

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

LA SEGUENTE AUTOCERTIFICAZIONE DEVE ESSERE COMPILATA DAGLI ALTRI SOCI AMMINISTRATORI O COAMMINISTRATORI DELLA SOCIETÀ RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A					
Cognome	Nome		Ruolo	%	
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita		Codice Fiscale		
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.
DICHIARA sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione					
<input type="checkbox"/> di conoscere i vigenti regolamenti delle corse, i regolamenti per il controllo delle sostanze proibite e le 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>					

Data ____/____/____

Firma: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A					
Cognome	Nome		Ruolo	%	
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita		Codice Fiscale		
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.
DICHIARA sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione					
<input type="checkbox"/> di conoscere i vigenti regolamenti delle corse, i regolamenti per il controllo delle sostanze proibite e le 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>					

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 COMPILARE ESCLUSIVAMENTE NEL CASO IN CUI SI INTENDA RICHIEDERE ANCHE L'AUTORIZZAZIONE A FAR CORRERE CAVALLI DI PROPRIETÀ IN IPPODROMI RICONOSCIUTI DAL MIPAAF	
IL/LA SOTTOSCRITTO/A..... DICHIARA, INFINE, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 (barrare le caselle d'interesse):	
<input type="checkbox"/>	di non essere iscritto nell'Albo degli Allibratori o titolari di agenzia ippica;
<input type="checkbox"/>	di non essere socio e di non avere rapporti di lavoro dipendente con un allibratore o con il titolare di un'agenzia ippica autorizzata all'accettazione delle scommesse a libro;
<input type="checkbox"/>	che il coniuge, ascendente o discendente in linea diretta e gli affini di 1° grado del dichiarante non sono iscritti nell'Albo degli Allibratori o titolari di agenzia ippica e non sono soci e non hanno rapporti di lavoro dipendente con un allibratore o con il titolare di un'agenzia ippica e che la stessa non è autorizzata all'accettazione delle scommesse a libro;
<input type="checkbox"/>	di non essere fantino, allievo fantino, caporale di scuderia con permesso di allenare o caporale di scuderia, patentato presso un Ente ippico italiano o straniero, o artiere;
<input type="checkbox"/>	di non essere coniuge di fantino, allievo fantino, caporale di scuderia con permesso di allenare o caporale di scuderia, patentato presso un Ente ippico italiano o straniero, o di artiere;
che la sua famiglia è composta come segue:	

<input type="checkbox"/>	che l'intero capitale sociale è sottoscritto da persone non risultanti nei divieti di cui agli artt. 8 e 16 dei Regolamenti vigenti né titolari di redditi o proventi derivanti dal lavoro subordinato espletato nel campo delle corse dei cavalli

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

SCELTA COMBINAZIONE COLORI *

1ª Scelta

2ª Scelta

3ª Scelta

COMBINAZIONE COLORI

ARANCIONE
BIANCO
ROSA
GIALLO
GRIGIO
VIOLA
MARRONE
NERO
VERDE SCURO
ROSSO
BLU SCURO
VERDE CHIARO
BLU
VERDE SMERALDO
BEIGE
AZZURRO






















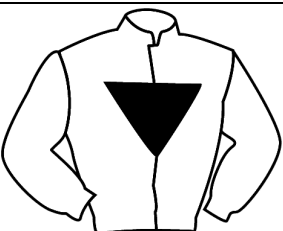
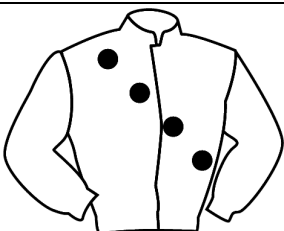


N.B. Il numero massimo di colori che possono essere scelti è di 6 (2 per la giubba, 2 per le maniche e 2 per il berretto).

* Anche successivamente al provvedimento di autorizzazione, questa Amministrazione può disporre d'ufficio il cambio di combinazione colori, qualora quella assegnata ingeneri confusione con altra precedente registrata. In tal caso, la variazione, non comporta alcun pagamento di diritto di segreteria. I soggetti interessati al cambio di colori della propria scuderia possono presentare istanza di modifica oltre al versamento del previsto diritto di segreteria.



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

TIPI GIUBBE				
1 - Unita 	2 - Cuciture  2 cm. di larghezza	3 - Spallina  8 cm. di larghezza	4 - Banda  12 cm. di larghezza	5 - Bretelle  8 cm. di larghezza
6 - Strisce  4 cm. di larghezza	7 - Cerchio  12 cm. di altezza	8 - Cerchiata  8 cm. di altezza	9 - Quadri 	10 - Croce di S. Andrea  8 cm. di larghezza
11 - V  5 cm. di larghezza	12 - Tripla V rovesciata  8 cm. di altezza	13 - Scacchi  8 cm. di altezza	14 - Rombi  8 cm. di altezza	15 - Palle  8 cm. di diametro
16 - Stelle  8 cm. di diametro	17 - Croce di Lorena  30 cm. di altezza 12 cm. di larghezza	18 - Rombo  25 cm. di altezza 20 cm. di larghezza	19 - Stella  25 cm. di diametro	20 - Disco  25 cm. di diametro
21 - Triangoli contrapposti 	22 - Triangolo  25 cm. di lato	23 - Tracolla a palle  12 cm. di diametro da spalla dx a fianco sx	24 - Cerchio di rombi  15 cm. di altezza 12 cm. di larghezza	25 - Quadrato vuoto  25 cm. di lato



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

TIPI MANICHE

1 - Unita	2 - Bracciale	3 - Cerchiata	4 - Strisce	5 - V rovesciata
6 - Cuciture	7 - Stelle	8 - Palle	9 - Parte superiore Parte inferiore	10 - Scacchi
11 - Triangoli contrapposti	12 - Rombi			

TIPI BERRETTI

1 - Unito	2 - Cerchiato	3 - Strisce	4 - Rombi	5 - Palle
6 - Spicchi (quarti)	7 - Stella	8 - Stelle	9 - Scacchi	10 - Rombo

UNISCE ALLA PRESENTE (barrare le caselle d'interesse)

- Modulo allegato composizione sociale.
- Fotocopia leggibile del documento di identità in corso di validità (Art. 38 D.P.R. n. 445/2000) dei componenti della Società

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 e dell'imposta di bollo pari a € 16,00 per ogni istanza proposta:
 - € 213,00 per autorizzazione attività di allenamento e addestramento cavalli da corsa;
 - € 480,00 per autorizzazione attività di scuderia
- 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.



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

Form with fields: IL SOTTOSCRITTO (Cognome, Nome, Data di nascita, Luogo di nascita), RESIDENTE IN (Via, Num,civico, Località, 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

Large empty space for signature and stamp

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).