

Il sottoscritto, 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 conoscere in ogni sua parte il Regolamento delle Corse, i regolamenti per il controllo delle sostanze proibite e le norme di procedura disciplinare accettandone senza riserve o 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 nel modello allegato, ivi compresi quelli che hanno conseguito benefici previsti dalla Legge, ad es.: amnistia, indulto, riabilitazione, non menzione, patteggiamento, ecc.)	
<input type="checkbox"/>	di svolgere la seguente attività lavorativa: _____
<input type="checkbox"/>	che la concessione richiesta non riguarda la gestione di scuderia sotto forma di attività commerciale <i>(tale dichiarazione deve essere resa esclusivamente per le domande rese da persone fisiche)</i>
<input type="checkbox"/>	di non essere iscritto nell'Albo degli Allibratori o titolari di agenzia ippica;
<input type="checkbox"/>	di non esser 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 o sono soci e non hanno rapporti di lavoro dipendente con un allibratore o con il titolare di una agenzia ippica e che la stessa non è autorizzata all'accettazione delle scommesse a libro;
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 all'artt. 8, 10 e 16 dei Regolamenti vigenti, né titolari di redditi o proventi derivanti dal lavoro subordinato espletato nel campo delle corse dei cavalli <i>(Tale dichiarazione deve essere resa esclusivamente per le domande rese da persone giuridiche)</i>
SI IMPEGNA	
a osservare tutte le disposizioni, tanto all'interno degli Ippodromi e nei recinti riservati ai proprietari o alle scuderie, quanto fuori degli stessi e a tenere in ogni circostanza un contegno esemplarmente corretto ed in tutto consono a quella educazione morale e civica che un proprietario di Scuderia deve avere;	
a sottostare alle delibere degli Organi di codesta Amministrazione in materia di disciplina sportiva, pena la sospensione automatica dell'autorizzazione a far correre;	
ad ottemperare, qualora sia datore di lavoro, a tutte le norme di legge relative all'assunzione ed al trattamento del personale dipendente nonché all'assolvimento degli obblighi ed oneri derivanti dal contratto collettivo nazionale di lavoro del settore;	
in caso di azione promovenda nei confronti di questa Amministrazione, a sottoporre, pena il deferimento agli Organi di Giustizia sportiva, la risoluzione della vertenza, avente per oggetto diritti soggettivi, ad un collegio arbitrale, costituito secondo le disposizioni dei Regolamenti vigenti, che giudicherà ex bono et aequo e senza formalità di procedura.	
Se il richiedente è coniugato DICHIARA inoltre che (barrare le caselle d'interesse)	
<input type="checkbox"/>	il regime patrimoniale della propria famiglia è costituito dalla comunione dei beni regolata dal codice civile. <i>(In tal caso la domanda deve essere sottoscritta anche dal coniuge del richiedente);</i>
<input type="checkbox"/>	con atto in data _____ ha optato per il regime di separazione dei beni .

Data ____/____/____

Firma del dichiarante: _____

IL CONIUGE (solo se in regime di comunione dei beni)

Cognome e nome _____ 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).

SCELTA COMBINAZIONE COLORI¹

SCUDERIA

COMBINAZIONE COLORI RICHIESTA

1^a Scelta

2^a Scelta

3^a Scelta

UNISCE ALLA PRESENTE

Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà (iscrizione alla competente Camera di Commercio)

ATTENZIONE - al termine dell'iter amministrativo il richiedente riceverà comunicazioni relative alla concessione e istruzioni per l'accredito al SIAN (*Sistema Informativo Agricolo Nazionale*), sistema attraverso il quale dovrà:

a. Versare mediante il servizio PAGO PA l'importo degli oneri di istruttoria e dell'imposta di bollo pari a € 16,00:

- Concessione colori in nome proprio/società annuale €480,00;
- Concessione colori in nome proprio/società triennale € 637,00;
- Concessione colori con nome assunto annuale € 960,00
- Concessione colori con nome assunto triennale € 1.274,00

b. Inserire modello di delega regolarmente sottoscritto per accettazione sia dal/i proprietario/i o rappresentante legale che dall'allenatore accompagnata da fotocopia di un documento d'identità valido dell'allenatore.

¹ 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

COMPOSIZIONE SCUDERIA IN CONTITOLARITA'

Il presente modulo deve essere compilato da ciascuno dei componenti della contitolarità

DENOMINAZIONE SCUDERIA: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A					
Cognome		Nome		Ruolo	%
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita		Codice Fiscale (scritto in stampatello leggibile)		
RESIDENZA					
Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
Cellulare	PEC obbligatoria 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 ai sensi e per gli effetti del DPR.445/2000					
<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 nel modello allegato, ivi compresi quelli che hanno conseguito benefici previsti dalla Legge, ad es.: amnistia, indulto, riabilitazione, non menzione, patteggiamento, ecc.)</i>					

Data ____/____/____

Firma: _____

IL /LA SOTTOSCRITTO/A					
Cognome		Nome		Ruolo	%
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita		Codice Fiscale (scritto in stampatello leggibile)		
RESIDENZA					
Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
Cellulare	PEC obbligatoria 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 ai sensi e per gli effetti del DPR.445/2000					
<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 nel modello allegato, ivi compresi quelli che hanno conseguito benefici previsti dalla Legge, ad es.: amnistia, indulto, riabilitazione, non menzione, patteggiamento, ecc.)</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

DELEGA PER L'AFFIDAMENTO DEI CAVALLI IN ALLENAMENTO - Trotto
(da inserire a SIAN successivamente alla concessione colori)

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

PROPRIETARIO	IL/LA SOTTOSCRITTO/A					
	Cognome e Nome			Titolare o rappresentante della Scuderia		
	Codice Fiscale			Partita IVA		
PROPRIETARIO	RESIDENTE IN					
	Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.
	DELEGA, IN NOME E PER PROPRIO CONTO, TUTTE LE ISCRIZIONI, DICHIARAZIONI DEI FORFAITS, DICHIARAZIONI DEI PARTENTI O PREZZI VENDITA RELATIVI AI CAVALLI DELLA SUDETTA SCUDERIA AL SOTTOINDICATO ALLENATORE:					

ALLENATORE	Cognome		Nome		Codice Fiscale / Partita IVA	
	RESIDENTE IN					
	Via	Num.civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Sigla Prov.

AUTORIZZA INOLTRE IL PREDETTO SOGGETTO A:

(Se l'incarico è esteso alla compravendita dei cavalli, le firme devono essere autenticate)

Compravendita di cavalli SI NO

E ALL'ALLENAMENTO DEI SEGUENTI CAVALLI:

Tutti i cavalli della scuderia Solo i cavalli sotto indicati

NOME CAVALLO	MICROCHIP o N. PASSAPORTO	LOCALITÀ DI ALLENAMENTO CON INDIRIZZO COMPLETO

Data di deposito Timbro della Società di Corse Firma titolare/rappresentante scuderia Firma allenatore per accettazione

____/____/____

La delega è valida dal giorno del suo deposito presso l'Amministrazione e deve essere inserita a SIAN a cura del titolare della scuderia e aggiornata dallo stesso in caso intervengano variazioni

Visto per autentica delle firme _____

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

Da rendere solo in caso di precedenti/procedimenti penali

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

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. 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: _____

(Qualora il dichiarante abbia precedenti/procedimenti penali, gli stessi devono essere dichiarati, ivi compresi quelli che hanno conseguito benefici previsti dalla Legge, ad es.: amnistia, indulto, riabilitazione, non menzione, patteggiamento, ecc.)

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).



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
ISCRIZIONE CAMERA DI COMMERCIO

(artt. 46-47 D.P.R. n. 445/2000)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A			
Nome e cognome		Comune o Stato estero di nascita	Data di nascita ____/____/____
Via/Piazza/Corso		Num. civico	Località (solo se diversa dal Comune)
C.A.P.	Comune		Provincia
Codice Fiscale Persona Fisica		Indirizzo di Posta Elettronica	
Telefono	Cellulare	Fax	

IN QUALITÀ DI _____
DELL'IMPRESA _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

CHE LA STESSA È REGOLARMENTE ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE IMPRESE DELLA CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA, ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DI: _____

CODICE FISCALE		PARTITA IVA	
NUMERO DI ISCRIZIONE C.C.I.A.A.		DATA DI ISCRIZIONE C.C.I.A.A.	
DURATA DELLA SOCIETA' (Data termine)		ISCRITTA NELLA SEZIONE	
DENOMINAZIONE			
FORMA GIURIDICA			
SEDE LEGALE			
SEDE OPERATIVA			
OGGETTO SOCIALE			

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETÀ
ISCRIZIONE CAMERA DI COMMERCIO**
(artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

GENERALITÀ QUOTE DI PARTECIPAZIONE E CARICHE RIVESTITE DAI SOCI DELLA SOCIETÀ						
1	Cognome	Nome		Nato a	il ____/____/____	
	Indirizzo Residenza		Num. civico	CAP	Comune	Provincia
	Codice Fiscale				% quota di partecipazione	
	Carica sociale					
2	Cognome	Nome		Nato a	il ____/____/____	
	Indirizzo Residenza		Num. civico	CAP	Comune	Provincia
	Codice Fiscale				% quota di partecipazione	
	Carica sociale					
3	Cognome	Nome		Nato a	il ____/____/____	
	Indirizzo Residenza		Num. civico	CAP	Comune	Provincia
	Codice Fiscale				% quota di partecipazione	
	Carica sociale					
4	Cognome	Nome		Nato a	il ____/____/____	
	Indirizzo Residenza		Num. civico	CAP	Comune	Provincia
	Codice Fiscale				% quota di partecipazione	
	Carica sociale					
5	Cognome	Nome		Nato a	il ____/____/____	
	Indirizzo Residenza		Num. civico	CAP	Comune	Provincia
	Codice Fiscale				% quota di partecipazione	
	Carica sociale					

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la presente dichiarazione, sottoscritta dall'interessato, deve essere inoltrata all'Amministrazione unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore.

Data

____/____/____

Firma leggibile

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).