



DIREZIONE REGIONALE, BILANCIO, GOVERNO SOCIETARIO, DEMANIO E PATRIMONIO
Area Tassa Automobilistica

DOMANDA DI RIESAME PER L'ESENZIONE BOLLO AUTO DISABILI (comma 1, art. 6, Legge Regionale 20 maggio 2019 n. 8) per i residenti nei comuni della provincia di Roma

MODELLO 2: DISABILITA' PSICHICA O MENTALE (art. 30 della legge 388/2000)

Area Tassa Automobilistica
Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7
00145 ROMA
PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it

Il modello va compilato, solo nella parte che interessa, dal disabile intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo, ovvero dal familiare intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo a cui il disabile è fiscalmente a carico o da altra persona avente titolo (es. rappresentante legale, tutore, ecc.), prestando attenzione alla sua corretta compilazione e ad unire gli allegati previsti.

Il/La sottoscritto/a _____
cod. fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
nata/o a _____ prov. _____ il ____/____/_____,
residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n. _____ cap _____
Cellulare _____ Tel. Fisso _____

COMUNICA ED AUTORIZZA

la struttura in indirizzo ad utilizzare i seguenti indirizzi PEC o e-mail per ogni comunicazione, compreso il provvedimento amministrativo di accoglimento o diniego all'esenzione:

PEC _____ e-mail _____

in qualità di (contrassegnare il quadratino di una delle tre voci riportate di seguito)

- Disabile intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo**
- Familiare intestatario/locatario del veicolo/usufruttuario** con il disabile fiscalmente a proprio carico
(compilare la parte che segue)

Cognome e nome del disabile: _____
grado di parentela _____

cod. fiscale disabile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- Altro** (specificare a che titolo viene chiesta, nell'interesse del disabile, l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica, compilando la parte che segue)

Cognome e nome del disabile: _____

cod. fiscale disabile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

