REGIONE LAZIO

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

DOMANDA DI ESENZIONE BOLLO AUTO DISABILI (comma 1, art. 6, Legge Regionale 20 maggio 2019 n. 8)
(per i residenti nelle province di Viterbo e Rieti)
MODELLO 3: DISABILI CON GRAVE LIMITAZIONE ALLA DEAMBULAZIONE O AFFETTI DA PLURIAMPUTAZIONI (art. 30 della legge 388/2000)

Area Decentrata Tassa Automobilistica Lazio Nord
☐ Via Cintia n. 87, 02100 Rieti
☐ Via Marconi n. 31– 01100 Viterbo
(contrassegnare l'indirizzo al quale viene inviata l'istanza)
PEC: tassaautolazionord@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/usufruttuario del veicolo** 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 |_____|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

CHIEDE

l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale per il veicolo targato:

|_____|___|___|___|___|___|___|___| **(l'indicazione della targa è obbligatoria).**

A tal fine allega la seguente documentazione in copia**:**

- Copia del verbale di accertamento dell'handicap emesso dalla commissione medica presso la ASL (o da quella integrata ASL-INPS) di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992, dal quale risulti che il soggetto si trova in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3, e che tale handicap deriva da patologie che comportano una grave limitazione permanente della deambulazione o da pluriamputazioni;
- copia della carta di circolazione del veicolo di cui si chiede l'esenzione;

Nel caso di veicolo intestato/locato/in usufrutto al familiare del disabile, occorre allegare anche (contrassegnare il quadratino della voce che interessa):

☐ Copia ultima dichiarazione dei redditi da cui risulta che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo di cui si chiede l'esenzione
ovvero

☐ Autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, attestante che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo di cui si chiede l'esenzione.

CONSAPEVOLE

di quanto previsto dall'art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in tema di decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere e dei risvolti penali per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA

- Ai sensi del D.P.R. 445/2000, che la documentazione allegata in copia alla presente istanza, è conforme all'originale e che quanto in essa attestato, non è stato revocato, sospeso o modificato.
- Di non avere altro veicolo già esente dal pagamento della tassa automobilistica per disabilità, ovvero che la targa del veicolo di cui si chiede l'esenzione con la presente istanza, intende sostituire l'esenzione per disabilità concessa sul seguente veicolo targato |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|;
- di aver preso visione dell'informativa completa pubblicata sul sito istituzionale della Regione Lazio alla pagina dedicata alla tassa automobilistica e, quindi, di essere informato che il trattamento dei dati personali e sensibili, raccolti con la presente istanza, ivi compresi quelli contenuti nei relativi allegati, è correlato alla funzione istituzionale amministrativa di cui è investita la Regione Lazio; il trattamento è finalizzato esclusivamente all'istruttoria e al perfezionamento della pratica stessa, ai sensi del GDPR 679/2016 e dal D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. Inoltre, dichiara di essere a conoscenza ed acconsente che i dati potranno essere trattati da personale regionale, da personale della società in house della Regione Lazio Laziocrea Spa e da ACI, compresa la propria società in house Acinformatica Spa, nell'ambito dell'Accordo di cooperazione Regione Lazio ACI in materia di tassa automobilistica, pubblicato sul sito istituzionale della Regione Lazio nel link "Amministrazione trasparente". Il trattamento dei dati potrà avvenire con strumenti elettronici e non, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità e comunque nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e sensibili.
- Di acconsentire all'utilizzo dei recapiti telefonici forniti (telefono fisso, cellulare) per eventuali rapidi contatti.

NELL'IPOTESI DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA MEDIANTE PEC DI UN SOGGETTO DIVERSO DALL'INTERESSATO: di delegare il/la Sig./Sig.ra _____, di cui si rimette in allegato copia del documento di riconoscimento in corso di validità, a presentare la presente domanda, firmata dal sottoscritto, e i relativi allegati, mediante il suo indirizzo PEC di seguito riportato_____

_____
(luogo e data di sottoscrizione – dato obbligatorio)

FIRMA

_____
(dato obbligatorio)

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità