

Modello dis/2
Veicolo intestato alla
persona cui il disabile è
fiscalmente a carico

**Alla Esattorie s.p.a.
Corso Risorgimento 30
86170 – Isernia**

oppure

**Alla Esattorie s.p.a.
Via Garibaldi 135
86100 - Campobasso**

Oggetto: Richiesta di esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a aProv
(.....) il..... residente a.....Prov
(.....) CAP.....Via.....n..... sesso [M] [F]
Cod.fisc.....
recapito telefonico..... fax.....

essendo a conoscenza che l'esenzione può essere richiesta limitatamente ad un solo veicolo per persona disabile, e che l'esenzione medesima ha validità dal corrente anno d'imposta, se la domanda è presentata entro 90 giorni dal termine ultimo per il pagamento della tassa automobilistica regionale, ovvero dalla data di presentazione della domanda, se essa è presentata decorso tale termine,

CHIEDE

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|.

A tal fine rilascia la seguente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e, pertanto,

DICHIARA

(Art. 47, d.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

- di essere, secondo le risultanze del Pubblico Registro Automobilistico, **proprietario/a del veicolo** sopraindicato, del quale allega, in copia, la carta di circolazione;
- di non avere attualmente in corso altra esenzione per lo stesso titolo su altro veicolo, anche di proprietà di altro soggetto;
- di essere titolare del codice fiscale sopra riportato;
- di avere **fiscalmente a proprio carico** il/la Sig./Sig.ra

..... nato/a
aProv (.....)
il.....re
sidente a.....Prov
(.....) CAP.....Via.....n.....
sesso [M] [F] Cod.fisc.....

che è stato/a riconosciuto/a, dagli organi competenti nella condizione di cui al/ai punto/i (barrare la/e casella/e interessata/e):

1. invalido/a, titolare di indennità di accompagnamento – ai sensi delle leggi n° 18/80 e n° 508/88.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia del provvedimento di concessione dell'indennità di accompagnamento;
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

2. disabile affetto/a da handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n° 104/92.

A tal fine allega:

- copia certificazione handicap grave rilasciata dalla commissione medica ai sensi dell'art. 4 della L. 104/92.
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

3. non vedente ovvero sordomuto/a assoluto/a.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

4. invalido/a con ridotta capacità permanente motoria, come da certificazione sanitaria che si allega in copia, e con veicolo adattato in funzione dell'invalidità “sulla postazione passeggero”.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione di passeggero;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

5. invalido/a con ridotta capacità permanente motoria, come da certificazione sanitaria che si allega in copia, e con veicolo adattato “nella postazione di guida”.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione di guida in conformità alle prescrizioni presenti sulla patente di guida;
- copia della patente speciale riportante gli adattamenti prescritti;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

6. disabile affetto/a da pluriamputazione.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni non rispondenti a verità;

di essere consapevole, ai sensi dell'art. 75 della D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dell'obbligo di restituzione alla Regione Molise delle somme dovute e non versate per effetto di false dichiarazioni nonché dell'eventuale maggiore danno riconosciuto in sede giudiziaria a seguito di procedimento penale attivato dalla Procura della Repubblica cui la Regione è tenuta comunque ad inoltrare l'informativa di notizia di reato;

di impegnarsi, inoltre, a segnalare all'Ente in indirizzo, **entro e non oltre trenta giorni dal suo verificarsi**, l'eventuale trasferimento della residenza in altra regione o all'estero, l'eventuale perdita della cittadinanza

italiana, la perdita, a qualsiasi titolo, del possesso del veicolo in questione, nonché ogni altro evento che modifichi il contenuto della presente dichiarazione **ed entro e non oltre novanta giorni dal suo verificarsi, il decesso della persona disabile;**

- che, quale sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e quale autentica della documentazione esibita in copia, la/il sottoscritta/o, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

luogo e data

Il dichiarante

Il sottoscritto/a dichiara espressamente di aver indicato la condizione sanitaria della persona disabile fiscalmente a proprio carico di cui al/ai punto/i _____ e di utilizzare il veicolo prevalentemente per il trasporto dello stesso disabile.

luogo e data

Il dichiarante

Per i soggetti nei confronti dei quali viene esercitata la tutela, la firma apposta deve essere quella del tutore. Allo scopo allegare copia del provvedimento di riconoscimento della tutela e del documento di riconoscimento del tutore.

Il/la richiedente si impegna a comunicare alla Regione ogni variazione dei dati sopra indicati.

Data _____ Firma _____

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si informa che i dati personali acquisiti con riferimento alla richiesta sottoscritta sono raccolti e trattati dalla Regione Molise e da Esattorie s.p.a. esclusivamente ai fini dell'istruttoria della richiesta di esenzione. I dati sono trattati con modalità informatizzate e manuali in modo anonimo.