

**Modello 3: Disabile affetto da grave limitazione della capacità di deambulazione
e/o da pluriamputazioni**

REGIONE LAZIO
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Bilancio, Ragioneria, Finanza e Tributi
Area Tributi
Via R. R. Garibaldi n. 7
00145 R O M A

Oggetto: Richiesta riesame esenzione dal pagamento della tassa automobilistica disabili.

[(Il modello va compilato, solo nella parte che interessa, dal disabile intestatario dell'autoveicolo, ovvero dal familiare intestatario del veicolo a cui il disabile è fiscalmente a carico o da altra persona avente titolo (es. rappresentante legale, tutore, ecc.). I dati personali e sensibili raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento istruttorio ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003.]

Il/La sottoscritto/a _____

nata/o a _____ prov. _____

il ____ / ____ / _____, residente a _____

prov. _____ cap _____ Via _____ n. _____

cod. fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

in qualità di (barrare, in alternativa, la casellina **n. 1, 2 o 3**; per i n. 2 o 3 compilare anche la parte relativa ai dati del disabile).

1. **Disabile intestatario dell'autoveicolo;**

2. **Familiare intestatario del veicolo** che ha il disabile fiscalmente a proprio carico, con uso esclusivo o prevalente del veicolo a beneficio dello stesso;

Cognome e nome del disabile: _____

grado di parentela _____

cod. fiscale disabile | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | ;

3. **Altro** (specificare a che titolo viene chiesta, nell'interesse del disabile, l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica, con l'uso esclusivo o prevalente del veicolo a beneficio dello stesso)

Cognome e nome del disabile: _____

cod. fiscale disabile | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

CHIEDE

Il riesame dell'istanza relativa all'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale per la tipologia di disabilità **grave limitazione della capacità di deambulazione e/o pluriamputazioni** (art. 30 c. 7 L. 388/2000), per il veicolo targato:

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | **(l'indicazione della targa è obbligatoria)**. Allega:

copia della lettera di diniego all'esenzione inviata dall'ACI.

A tal fine indica, contrassegnandola, **la relativa documentazione** che allega in copia:

- Copia del verbale di accertamento dell'handicap emesso dalla commissione medica presso la ASL di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992;
- copia della carta di circolazione dell'autoveicolo interessato all'esenzione;
- Altro (*specificare la documentazione allegata*) _____

Nel caso di veicolo intestato al familiare del disabile:

- Copia ultima dichiarazione dei redditi da cui risulta che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario dell'auto
ovvero
- Autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, attestante che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario del veicolo.

DICHIARA, inoltre

di essere l'unico/a intestatario/a del veicolo su indicato;

ovvero

che lo stesso è cointestato con il/la Sig./ra (*barrare se non ricorre il caso*) _____

- ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000, che la documentazione allegata in copia alla domanda per l'esenzione della tassa automobilistica, è conforme all'originale;
- di essere informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali e sensibili risultanti dalla documentazione allegata in copia all'istanza di cui trattasi saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento

(luogo e data di sottoscrizione dell'istanza)

FIRMA

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità.