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

DOMANDA DI ESENZIONE BOLLO AUTO DIVERSAMENTE ABILI
(per i residenti nelle province di Latina e Frosinone)
MODELLO 4: DISABILI CON RIDOTTE O IMPEDITE CAPACITA' MOTORIE PERMANENTI (art. 8 della legge 449/1997 - *Il diritto alle agevolazioni è condizionato all'**adattamento del veicolo** alla minorazione di tipo motorio di cui il disabile, anche se trasportato, è affetto*)**

Area Decentrata Tassa Automobilistica Lazio Sud
☐ Via Francesco Veccia n. 23 - 03100 Frosinone
☐ Via Duca Del Mare n. 19, 5° piano – 04100 Latina
(contrassegnare l'indirizzo al quale viene inviata l'istanza)
PEC: **tassaautolaziosud@regione.lazio.legalmail.it**

Il modello va compilato, solo nella parte che interessa, dal disabile intestatario del veicolo, 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.), prestando attenzione alla sua corretta compilazione.

Il/La sottoscritto/a_____

nata/o a_____prov._____il_____/_____/_____,

residente a_____prov. _____

via/piazza_____n._____cap_____

PEC_____e-MAIL_____

(dichiaro di autorizzare la struttura in indirizzo ad utilizzare gli indirizzi PEC o e-mail per ogni comunicazione, compreso il provvedimento amministrativo di accoglimento o diniego all'esenzione)

Cod. fiscale |_____|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tel._____Cellulare_____

in qualità di (barrare la voce che interessa)

☐ **Disabile intestatario/locatario del veicolo**

☐ **Familiare intestatario/locatario del veicolo** che ha 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 del bollo auto)

_____

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 certificato di handicap/invalidità, rilasciato dalla Commissione medica di cui all'art.4 della legge n. 104/1992 o da altre Commissioni mediche pubbliche, che attesti esplicitamente la ridotta o impedita capacità motoria riconosciuta al disabile;

☐ Copia della prescrizione della commissione medica locale, ai sensi dell'art. 119 del Codice della Strada, relativa agli adattamenti previsti per la guida dei veicoli a motore condotti da coloro che sono provvisti di patente speciale *(la patente speciale non è richiesta se il disabile è trasportato e, di conseguenza, non è abilitato alla guida del veicolo);*

☐ Copia della patente speciale, eventualmente rilasciata al disabile, dalla quale risultano i dispositivi di guida da applicare al veicolo *(nel caso in cui il disabile sia abilitato alla guida del veicolo);*

☐ copia della carta di circolazione dell'autoveicolo interessato all'esenzione *(NB: ai fini dell'esenzione, per il disabile con ridotte o impedite capacità motorie permanenti il veicolo* **deve essere adattato**. *La carta di circolazione deve riportare i dispositivi di guida applicati al veicolo e/o gli adattamenti alla carrozzeria.* L'adattamento del veicolo non è richiesto per i **minori** con ridotte o impedite capacità motorie permanenti portatori di Handicap in condizioni di gravità (art. 3 comma 3 dell'art 3 legge 104/1992).

Nel caso di veicolo intestato/locato al familiare del disabile, occorre allegare anche:

☐ Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi da cui risulta che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario/locatario del veicolo;
ovvero

☐ Autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, attestante che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario/locatario del veicolo.

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.

Inoltre, acconsente che i recapiti di e-mail e fax forniti con il presente modello, possano essere utilizzati per comunicazioni successive all'istanza presentata e che i recapiti telefonici forniti (telefono fisso, cellulare), possano essere utilizzati per eventuali rapidi contatti con lo stesso contribuente.

_____

(luogo e data di sottoscrizione)

FIRMA

_____

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità