



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

Alla REGIONE MOLISE
 c/o Sportello Regionale Tassa Automobilistica
 Via Scardocchia, 14/A – 86100 - Campobasso
 Tel. 0874 1830015 – Fax 0874 1990136
 Email: infobollomolise@icatributi.it
 P.e.c.: infobollomolise@pec.icatributi.com
 Sito internet: www.icacresetmolise.it

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

Il/la sottoscritto/anato/a
 a.....Prov.(.....) il.....
 residente a.....Prov.(.....)
 CAP.....Via.....n°.....
 sesso [M] [F] Cod.fisc.
 recapito telefonicofax.....
 email _____@_____
 email p.e.c. _____@_____

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 solo se la domanda è presentata entro il termine utile per il pagamento della tassa automobilistica regionale senza sanzione ed interessi, a norma dell'art.25, comma 2, della L.R. n.11/2014

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 a.....Prov.(.....)
 il.....residente aProv.(.....)
 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 che interessa**):

- A.** Soggetto disabile con ridotta o impedita 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 si allega:
 - Copia verbale commissione medica;
 - Copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione passeggero.
 -
- A2.** Soggetto disabile con ridotta o impedita capacità permanente motoria, come da certificazione sanitaria **che si allega in copia**, e con veicolo adattato "**nella postazione di guida**".
A tal fine si allega:
 - Copia verbale commissione medica;
 - Copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione di guida in conformità alle prescrizioni presenti sulla patente di guida;
 - Copia della patente speciale.
- B.** soggetto disabile pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulazione.
A tal fine si allega:
 - Copia verbale commissione medica;
 - Copia carta di circolazione del veicolo;
 - Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.
- C.** soggetto con disabilità psichica o mentale di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.
A tal fine si allega:
 - Copia certificazione handicap grave rilasciata dalla commissione medica, ai sensi della L. 104/92;
 - Copia carta di circolazione del veicolo;
 - Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.
- D.** soggetto non vedente oppure sordomuto.
A tal fine si allega:
 - Copia del verbale di commissione medica;
 - Copia carta di circolazione del veicolo;
 - Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.
- Di essere consapevole, ai sensi dell'art.76 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 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, il/la sottoscritto/a, 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 _____

Firma _____

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. Inoltre dichiara, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000, che la persona portatrice di handicap è con se convivente (salvo se trattasi di coniuge o di figli), come risulta dal certificato di stato di famiglia.

Luogo e data _____

Firma _____

per i soggetti nei confronti dei quali viene esercitata la tutela, la firma apposta deve essere quella del tutore, allo scopo **allegare copia de 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.

Luogo e data _____

Firma _____

NOTA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- I dati di natura personale acquisiti mediante il presente modello sono rilevati al solo fine di consentire l'istruttoria della domanda cui il medesimo si riferisce, e verranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e con logiche rispondenti alle finalità da perseguire, anche mediante verifica dei dati esposti con altri dati in possesso della Regione Molise, del Ministero dell'economia e delle finanze e di altri enti quali, ad esempio, gli enti locali ed altre pubbliche istituzioni.
- Titolare del trattamento dei dati è la Regione Molise, e presso detta struttura regionale è possibile ottenere informazioni sui responsabili; sempre presso tale struttura, o presso strutture all'uopo delegate, l'interessato potrà accedere ai propri dati per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, correggerli, aggiornarli nei limiti previsti dalla legge ed anche per cancellarli od opporsi al loro trattamento se trattati in violazione della legge.



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 26, 76-81 del D.Lgs. 196/2003)

Il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
_____ telefono/cell. _____ e.mail _____

per sé medesimo

oppure

esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno...) _____

Per il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
_____ telefono/cell. _____ e.mail _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili per le finalità inerenti l'istanza presentata.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della presentazione dell'istanza riguardante _____ e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

Luogo e data _____

Firma _____