



Modello dis/3
Cessazione o trasferimento
esenzione

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: comunicazione della cessazione dell'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale per disabilità ed eventuale richiesta di trasferimento su altro veicolo.

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 e il trasferimento medesimi hanno 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

COMUNICA

Che relativamente al veicolo targato_____ sono venuti meno i requisiti per l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica.

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 aver ottenuto l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale per il veicolo sopra indicato;

Di essere titolare del codice fiscale sopra riportato;

Di aver proceduto in dataalla **vendita a terzi** del veicolo sopra indicato con atto di vendita che si allega in copia;



- di aver proceduto alla **eliminazione delle modifiche al veicolo** sopra indicato come risulta dalla carta di circolazione che si allega in copia;
- di aver proceduto alla **demolizione del veicolo** sopra indicato come risulta dal certificato di presa in carico del veicolo da parte del soggetto autorizzato che si allega in copia;
- di aver **perso il possesso del veicolo** sopra indicato in data.....come risulta da idonea documentazione che si allega in copia;
- che **la persona disabile è deceduta** in data
- di voler trasferire l'esenzione su un altro veicolo di sua proprietà targato**.....;
- altro

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;

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.

N.B. bisogna allegare copia del verbale di visita collegiale medica più recente a propria disposizione.

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 _____