



REGIONE  
LAZIO



**DOMANDA DI ESENZIONE BOLLO AUTO DIVERSAMENTE ABILI**

**MODELLO 3: DISABILI CON GRAVE LIMITAZIONE ALLA DEAMBULAZIONE O AFFETTI DA PLURIAMPUTAZIONI (art. 30 della legge 388/2000)**

Ufficio ACI di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

[(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. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ e-MAIL \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la voce che interessa).

**Disabile proprietario dell'autoveicolo**

**Familiare intestatario del veicolo** che ha il disabile fiscalmente a proprio carico

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 della tassa automobilistica)

\_\_\_\_\_  
Cognome e nome del disabile: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

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

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

A tal fine indica la disabilità per la quale chiede l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica, **contrassegnando la relativa documentazione** che allega in copia:

- Copia del verbale di accertamento dell'handicap emesso dalla commissione medica presso la ASL (o da quella integrata ASL-INPS) di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992, dal quale risulti che il soggetto si trova in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3, derivante da patologie che comportano una limitazione permanente della deambulazione;
- copia della carta di circolazione del veicolo di cui si chiede l'esenzione;
- Altro (ulteriore documentazione da allegare ritenuta utile): \_\_\_\_\_

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

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

## 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 essere informato che il trattamento dei dati personali e sensibili raccolti con la presente dichiarazione, ivi compresi quelli contenuti nei relativi allegati, è finalizzato esclusivamente all'istruttoria e al perfezionamento della pratica stessa, così come previsto dal d.lgs. n.196/2003. I dati potranno essere trattati 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, in alternativa ai canali postali e alla PEC, per comunicazioni successive, anche in risposta alla presente istanza, 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**