REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE RAGIONERIA GENERALE

Area Gestione Tassa Automobilistica

DOMANDA DI ESENZIONE BOLLO AUTO DISABILI (comma 1, art. 6, L.R. 20 maggio 2019 n. 8)

per i residenti nel Comune di Roma

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 GESTIONE TASSA AUTOMOBILISTICA

Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7

00145 ROMA

PEC: protocollo@pec.regione.lazio.it

Il modello va compilato, solo nella parte che interessa, dal disabile intestatario-locatario-usufruttuario del veicolo, ovvero dal familiare intestatario-locatario-usufruttuario 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 e ad unire gli allegati previsti.]

Il/La sottoscritto/a (inserire nome e cognome) _____

cod. fiscale _____ nata/o a_____ prov._____il_____

residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____ n._____ cap _____

Cellulare _____ Tel. Fisso _____

COMUNICA ED AUTORIZZA

la struttura in indirizzo ad utilizzare i seguenti indirizzi PEC o e-mail per ogni comunicazione, compreso il provvedimento amministrativo di accoglimento o diniego all'esenzione:

PEC _____ e-mail _____

in qualità di (contrassegnare il quadratino di una delle tre voci riportate di seguito)

☐ **Disabile intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo**

☐ **Familiare intestatario/locatario/usufruttuario del veicolo** con il disabile fiscalmente a proprio carico come di seguito individuato

Cognome e nome del disabile: _____

grado di parentela: _____

cod. fiscale del disabile: _____

☐ **Altro** (specificare a che titolo viene chiesta, nell'interesse del disabile, l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica)_____

Cognome e nome del disabile: _____

grado di parentela: _____

cod. fiscale del disabile: _____

CHIEDE

per il veicolo targato _____**(l'indicazione della targa è obbligatoria)**

l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ✓ copia dell'ultimo verbale 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, o della sentenza/decreto di omologa del Tribunale, unitamente alla perizia del CTU (consulente tecnico d'ufficio nominato dal Giudice) che ha riconosciuto tale disabilità;
- ✓ 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 ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell'art 3 legge 104/1992).

Nel caso di veicolo intestato/locato/in usufrutto al familiare del disabile, occorre allegare anche la seguente documentazione (contrassegnare il quadratino della voce che interessa):

☐ copia ultima dichiarazione dei redditi da cui risulta che il disabile è fiscalmente a carico dell'intestatario/locatario 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/locatario 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 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 dichiarazione, è correlato alla funzione istituzionale amministrativa di cui è investita la Regione Lazio;
- di essere a conoscenza che 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.
- 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"
- di consentire il trattamento dei dati 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.
- di essere a conoscenza che il Titolare del trattamento è la Regione Lazio, con sede in Via Rosa Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma, contattabile come di seguito:
  - telefono URP-Ufficio Relazioni con il Pubblico: 06/99500
  - modulo di contatto disponibile alla seguente url: https://scriviurpnur.regione.lazio.it/
  - e-mail: urp@regione.lazio.it
  - PEC: urp@pec.regione.lazio.it
- di essere a conoscenza che il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) per la Regione Lazio, più comunemente conosciuto con l'acronimo inglese "DPO" (Data Protection Officer), è contattabile alla e- mail istituzionale: dpo@regione.lazio.it
- di acconsentire all'utilizzo dei recapiti telefonici forniti (telefono fisso, cellulare) per eventuali rapidi contatti.

NELL'IPOTESI DI INVIO DELL'ISTANZA MEDIANTE PEC DI SOGGETTO DIVERSO DALL'INTERESSATO

- di delegare il/la Sig./Sig.ra _____, di cui si rimette in allegato copia del documento di riconoscimento in corso di validità, a presentare la presente domanda, firmata dal sottoscritto ed i relativi allegati, mediante il suo indirizzo PEC di seguito riportato: _____

Luogo e data (dato obbligatorio) _____,_____

Firma leggibile (dato obbligatorio)_____

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità