

Oggetto: Richiesta di esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale di proprietà.*(art. 44 l.r. 14 luglio 2003 n. 10)*

Il/La sottoscritto/a.....nato/a aProv (.....) il.....
residente a.....Prov (.....) CAP.....Via.....n.....
sesso [M] [F] Cod.fisc.....recapito telefonico..... fax.....

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, se la domanda è presentata entro 90 giorni dal termine ultimo per il pagamento della tassa automobilistica regionale di proprietà, ovvero dall'anno d'imposta successivo, se la domanda è presentata decorso tale termine,

CHIEDE

il riconoscimento dell'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale di proprietà per il veicolo targato: _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76, del d.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modificazioni, 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 a Prov (.....) 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 interessata/e):

- 1.** invalido/a, titolare di indennità di accompagnamento – ai sensi delle leggi n° 18/80 e n° 508/88.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

- 2.** disabile affetto/a da handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n° 104/92.

A tal fine allega:

- copia certificazione handicap grave rilasciata dalla commissione medica ai sensi dell'art.4 della l.104/92.
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

- 3.** non vedente ovvero sordomuto/a assoluto/a.

A tal fine allega:

- copia verbale commissione medica di prima istanza;
- copia carta di circolazione del veicolo;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.

4. invalido/a con ridotta 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 allega:
- copia verbale commissione medica di prima istanza;
 - copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione di passeggero;
 - copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.
5. invalido/a con ridotta capacità permanente motoria, come da certificazione sanitaria che si allega in copia , e con veicolo adattato "nella postazione di guida".
A tal fine allega:
- copia verbale commissione medica di prima istanza;
 - copia carta di circolazione del veicolo adattato nella postazione di guida in conformità alle prescrizioni presenti sulla patente di guida;
 - copia della patente speciale riportante gli adattamenti prescritti;
 - copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.
6. disabile affetto/a da pluriamputazione.
A tal fine allega:
- copia verbale commissione medica di prima istanza;
 - copia carta di circolazione del veicolo;
 - copia documento di riconoscimento in corso di validità del disabile.
- ✓ di essere consapevole, ai sensi dell'art. 76 del 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 della D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dell'obbligo di restituzione alla Regione Lombardia 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 a Regione Lombardia, all'indirizzo indicato nelle "Istruzioni per la compilazione", **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, la/il sottoscritta/o, 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

Il dichiarante

Il sottoscritto/a dichiara espressamente di aver indicato la condizione sanitaria della persona disabile fiscalmente a proprio carico di cui al/ai punto/i

luogo e data

Il dichiarante

Per i soggetti nei confronti dei quali viene esercitata la tutela, la firma apposta deve essere quella del tutore. Allo scopo allegare copia del 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.

Data _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si informa che i dati personali acquisiti con riferimento alla richiesta sottoscritta sono raccolti e trattati dalla Regione Lombardia esclusivamente ai fini dell'istruttoria della richiesta di esenzione. I dati sono trattati con modalità informatizzate e manuali.

In relazione al presente trattamento, Lei potrà rivolgersi al Titolare o ai Responsabili del trattamento per far valere i Suoi diritti, così come previsto dall'art. 7, del d. Lgs. 196/2003. Le modalità di esercizio dei Suoi diritti sono previste dall'art. 8, del citato decreto.

Il Titolare del trattamento dei dati è la Giunta Regionale della Lombardia, Via F. Filzi, 22 – Milano, nella persona del suo Presidente.

Il Responsabile interno del trattamento è il Direttore della Direzione Centrale Programmazione Integrata.

Il Responsabile esterno del trattamento è Lombardia Informatica S.p.A., Via Don Minzoni 24 – Milano, nella persona del suo legale rappresentante.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il modulo correttamente **compilato e sottoscritto in stampatello in tutte le sue parti** è da inoltrare a cura del richiedente, corredato degli allegati richiesti.

Particolare cura deve essere prestata nella trascrizione degli elementi identificativi del richiedente, della persona disabile fiscalmente a carico e del veicolo.

Le domande possono essere presentate **gratuitamente** presso una delle Agenzie Pratiche Automobilistiche autorizzate, associate alle Reti AVANTGARDE, ISACO, SERMETRA, STANET o presso una delle Delegazioni dell'Automobile Club d'Italia autorizzate. Dalla home page del Portale (www.tributi.regione.lombardia.it) è possibile accedere al servizio che consente di individuare l'Agenzia Pratiche Automobilistiche e la Delegazione dell'Automobile Club d'Italia più vicine.

Questa modalità di presentazione consente l'immediata registrazione dei dati nel sistema di gestione della tassa automobilistica e il rilascio contestuale della ricevuta contenente l'esito della domanda.

In caso di esito negativo Regione Lombardia provvederà successivamente ad inviare al richiedente il provvedimento di ricasazione con la relativa motivazione.

In alternativa è possibile inviare la documentazione tramite posta all'indirizzo: Regione Lombardia – Struttura Gestione Tributi Regionali – Via Fabio Filzi, 22 – 20124 MILANO