



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO N. 4 – BILANCIO E PATRIMONIO

SETTORE N.3 TRIBUTI E CONTENZIOSO

SERVIZI DECENTRATI CS-CZ-RC

PROT. NUMERO _____ DEL _____

ISTANZA DI ESENZIONE
DAL PAGAMENTO DELLE TASSE AUTOMOBILISTICHE

BENEFICIARIO: _____

TARGA VEICOLO: _____

DECORRENZA: _____

RECAPITO
TELEFONICO _____

Modulo 1A - Istanza Esenzione delle Tasse Automobilistiche

Oggetto: Richiesta "Esenzione Tasse Automobilistiche".

I sottoscritt _____ **nat** il ___/___/____ **a** _____
_____, **prov.** (____), **residente a** _____,
via _____ **n.** _____ **cap** _____, **cod. fiscale** _____,
nella sua qualità di:

Barrare la casella che interessa

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Proprietario del veicolo | <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Tutore |
| <input type="checkbox"/> Curatore speciale | <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Procuratore |

Compilare solo se l'istante è diverso dal proprietario

del sig. _____ **nat** il ___/___/____
a _____ **prov.** (____) **e residente a** _____
via _____ **n.** _____
cap _____ **telefono** _____ **cod. fiscale** _____, soggetto portatore di
handicap e, pertanto, avente diritto all'esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche,

CHIEDE

che gli venga riconosciuto il diritto all'esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche per il veicolo appresso
indicato:

Dati identificativi dell'intestatario del veicolo

| <i>Cognome</i> | <i>Nome</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Luogo di nascita</i> |
|----------------|-------------|------------------------|-------------------------|
| | | | |

Dati identificativi del veicolo

| Targa | Categoria | Cilindrata | Alimentazione |
|-------|-----------|------------|---------------|
| | | | |

A corredo della presente istanza allega la seguente documentazione:

(Barrare le caselle che interessano)

- Copia autentica della trascrizione certificata del verbale medico legge 104/92 rilasciata dalle competenti commissioni mediche.
- Copia autentica della trascrizione certificata del verbale medico di I istanza rilasciata dalla competente commissione medica.

- Copia autentica del decreto di attribuzione, ovvero di documento equivalente, dell' indennità di accompagnamento concessa.
- Fotocopia della carta di circolazione;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

- Fotocopia del certificato di proprietà dell'autoveicolo
- Fotocopia del documento di identità del disabile, debitamente firmato (ove non sussiste impedimento);
- Fotocopia del documento di identità del titolare del veicolo, debitamente firmata (se diverso dal disabile);
- Fotocopia del documento di identità del firmatario della presente istanza, debitamente firmata;
- Fotocopia della patente speciale, debitamente firmata;
- Fotocopia della dichiarazione dei redditi dell'interessato o sua dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e d.lgs. 30/06/2003, n. 196;
- Altro (specificare) _____

_____ -

N.B. Con tempestività verranno comunicati tutti i possibili fattori modificanti la presente richiesta.

_____ li ____/____/_____

In fede

(FIRMA)