



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO N. 4 – BILANCIO E PATRIMONIO
SETTORE N.3 TRIBUTI E CONTENZIOSO
SERVIZI DECENTRATI CS-CZ-RC

PROT. NUMERO _____ **DEL** _____

**COMUNICAZIONE CESSAZIONE REGIME ESENZIONE
DAL PAGAMENTO DELLE TASSE AUTOMOBILISTICHE**

BENEFICIARIO: _____

TARGA VEICOLO: _____

DECORRENZA: _____

**RECAPITO
TELEFONICO** _____

Comunicazione Cessazione Regime Esenzione Tasse Automobilistiche**Oggetto: Comunicazione uscita dal regime di "Esenzione Tasse Automobilistiche".**

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ il ____/____/____ a _____
 _____ prov. (____), residente a _____,
 via _____ n. _____ cap _____, cod. fiscale _____,
 nella sua qualità di:

Barrare la casella che interessa

Proprietario del veicolo _____ Erede _____ Tutore _____
 Curatore speciale _____ Procuratore _____ Amministratore di sostegno _____

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, in regime di esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche :

COMUNICA

che relativamente alla concessione dell'esenzione, a decorrere dal ____/____/____ sono venuti meno i requisiti
 per il mantenimento del diritto all'esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche, per il seguente veicolo:

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
-------	-----------	------------	---------------

Il sottoscritto, consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, con particolare riferimento alle dichiarazioni false, ed informato ai sensi del d.lgs. 30/06/2003, n. 196, sul trattamento dei dati, sotto la propria personale responsabilità dichiara:

Barrare le caselle che interessano

- In proprio A nome, per conto e nell'interesse del rappresentato, sopra meglio identificato,
- Altro (specificare) _____

che la cessazione del diritto al regime di esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche é dovuta per le seguenti motivazioni:

Barrare le caselle che interessano

- Decesso del disabile titolare della concessione;
- Eliminazione degli adattamenti e/o modifiche e/o trasformazioni al veicolo sopra citato, utilizzato quale disabile con
 ridotte e permanenti capacità motorie, come riportato sul libretto di circolazione
- Alienazione del veicolo a terzi;
- Demolizione del veicolo;
- Perdita di possesso per causa diversa da vendita o demolizione;
- Altro (specificare) _____

A corredo della presente istanza allega la seguente documentazione:

Barrare le caselle che interessano

- Certificato di morte;
- Fotocopia della carta/libretto di circolazione;
- Copia autentica del documento di vendita, debitamente registrato;
- Copia autentica del documento di demolizione;
- Copia autentica della denuncia di perdita di possesso (furto, smarrimento, distruzione), presentata all'A.G.;
- Fotocopia del documento di identità del disabile, debitamente firmata (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;
- Altro (specificare)

li, ____ / ____ / _____

(firma)