

MOD. - RICHIESTA ESENZIONE

REGIONE MARCHE  
GIUNTA REGIONALE  
Servizio Risorse Finanziarie  
e Bilancio  
Via Gentile da Fabriano,  
9 60125 Ancona

**OGGETTO: veicolo targato ..... - Richiesta dell'esenzione  
dal pagamento della Tassa Automobilistica<sup>(1)</sup>**

Il/La sottoscritto/a <sup>(1)</sup> .....  
nato/a a ..... il ..... prov. ....  
Residente a ..... prov .....  
in via/piazza ..... n. ....  
codice fiscale ..... ,  
recapito telefonico .....

**CHIEDE**

la concessione dell'esenzione della tassa automobilistica per il veicolo indicato in oggetto e, allo scopo, dichiara, sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000, di appartenere a una delle seguenti categorie di disabilità, ovvero di avere un familiare, fiscalmente a carico, affetto da una delle seguenti categorie di disabilità (barrare la casella che interessa):

- 1- ridotta o impedita capacità motoria, certificata nei modi previsti dall'art. 4 della legge 104/1992, (art. 8, comma 1, legge 449/1997; in tal caso il veicolo deve essere dotato di modifiche funzionali al trasporto del disabile o alla guida, in caso di patente speciale);
- 2 - handicap psichico o mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, legge 388/2000);
- 3 - soggetti con grave limitazione alla capacità di deambulazione (art. 30, comma 7, legge 388/2000);
- 4 - soggetti pluriamputati (art. 30, comma 7, legge 388/2000);
- 5 - ciechi (d.p.r. 917/1986 e legge 138/2001);
- 6 - sordomuti (d.p.r. 917/1986 e legge 68/1999).

Dichiara, inoltre, che (barrare la casella che interessa ed eventualmente, completare con i dati richiesti):

- il richiedente è l'unico intestatario del veicolo in oggetto;
- il richiedente ha a carico fiscalmente il disabile <sup>(3)</sup> .....
- il veicolo è cointestato al richiedente e al sig./sig.ra ....., anch'esso rientrante in una delle condizioni di cui sopra <sup>(4)</sup>.....;
- il veicolo è cointestato ai genitori di un minore in condizioni di disabilità ed entrambi hanno a carico fiscale il disabile stesso.

In relazione alla corrispondente categoria di disabilità di cui sopra, allega la seguente documentazione:

- 1- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992, oppure patente speciale, unitamente a fotocopia della carta di circolazione del veicolo in oggetto, da cui risulta che il veicolo dispone dei dispositivi prescritti per la conduzione di veicoli da parte di disabile oppure che il veicolo è adattato in funzione della minorazione fisico-motoria;
- 2- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992 con specifica dell'invalidità e riconoscimento dell'indennità di accompagnamento da parte dell'Inps;
- 3- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992 che attesti la grave limitazione alla capacità di deambulazione, oppure il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento da parte dell'Inps, ovvero, un certificato redatto dal medico legale dell'Asur che, sulla base della certificazione della commissione medica ex legge 104/1992, attesti la grave limitazione della capacità di deambulazione;
- 4- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992 che attesta lo stato di pluriamputato, oppure il riconoscimento da parte dell'Inps della condizione di pluriamputato;
- 5- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992, oppure riconoscimento Inps, di uno stato tra quelli previsti agli articoli 2, 3 e 4 della legge n. 138/2001 (art. 1, legge 68/1999);
- 6- certificazione della commissione medica ex legge 104/1992 in cui viene espressamente qualificato come sordo/sordomuto, ai sensi dell'art 1, comma 2, legge 68/1999, oppure il corrispondente riconoscimento da parte dell'Inps.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Regione Marche - Servizio Risorse Finanziarie e Bilancio ogni variazione dei propri dati personali o di quelli del veicolo sopra indicato.

Data .....

FIRMA del richiedente

.....

- (1) *Questo modello deve essere utilizzato anche per le variazioni di targa, quando l'esenzione sia stata concessa da altro ente (Agenzia delle Entrate, altra Regione, ecc.), diverso dalla Regione Marche.*
- (2) *Per i non vedenti o per i soggetti sottoposti ad interdizione la richiesta deve essere fatta dal tutore specificando tale qualità.*
- (3) *Specificare nome, cognome e codice fiscale.*
- (4) *specificare la categoria e allegare la corrispondente certificazione*

#### **NOTA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*I dati di natura personale acquisiti mediante il presente modello sono rilevati al solo fine di consentire l'istruttoria della domanda cui il medesimo si riferisce, e verranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e con logiche rispondenti alle finalità da perseguire, anche mediante verifica dei dati esposti con altri dati in possesso della Regione, del Ministero dell'economia e delle finanze e di altri enti. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Marche – Servizio Risorse Finanziarie e Bilancio. Presso detta struttura regionale è possibile ottenere informazioni sui responsabili, accedere ai propri dati per verificarne l'utilizzo, correggerli, aggiornarli e, nei limiti previsti dalla legge, cancellarli od opporsi al loro trattamento. La Regione, in quanto soggetto pubblico, non deve acquisire il consenso degli interessati per poter trattare i loro dati personali.*