

Agenzia delle Entrate

Ufficio di Catania

Via Monsignor Domenico Orlando 1

95100 Catania

**14 - DISABILI - RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL BOLLO AUTO**

**Dati del veicolo: targa .....**

**Dati del disabile:** nome.....cognome.....nato il.....a.....

residente in.....prov.....via/piazza.....n.....

c.f. ....

**Dati del familiare che ha fiscalmente a carico il disabile:** nome .....cognome.....

nato il ..... a.....prov.....residente in .....prov.....

via/piazza.....n.....c.f.....

Il sottoscritto .....sopra compiutamente generalizzato, intestatario del veicolo

**CHIEDE**

Il riconoscimento del diritto alla esenzione dal pagamento del bollo essendo state accertate le condizioni di:  
(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

- soggetto non vedente o sordo (preverbale/sordomuto) da parte di commissione medica ministeriale;
- disabile mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, come da certificazione rilasciata dalla commissione medica competente;
- soggetto con grave limitazione permanente della capacità di deambulare o soggetto pluriamputato, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, come da certificazione rilasciata dalla commissione medica competente;
- soggetto con ridotte capacità motorie (ma non affetto da grave limitazione alla capacità di deambulare) da parte di commissioni mediche ministeriali (tale condizione da diritto alla esenzione solo su autovetture adattate).

Si dichiara che il disabile è fiscalmente a carico del familiare sopraindicato, non possedendo redditi superiori a € 2.840,51. In mancanza di dichiarazione dei redditi la condizione di familiare a carico deve essere autocertificata.

**(Da compilare solo nel caso in cui l'autovettura sia intestata al familiare che ha fiscalmente a carico il disabile)**

**\* In luogo della documentazione è possibile presentare un'autocertificazione da cui risulti il possesso del verbale di disabilità, specificando la data, il numero di protocollo e la commissione medica che lo ha redatto.**

Firma

Data .....

.....

IN CARTA LIBERA