

ASSISTENZA BOLLI

INDICE

MODULI PER RICHIESTA ESENZIONI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI.

Pag.

- 1 -Cessazione esenzione bolli- Istanza;
- 2 -Esenzione bollo per veicolo adattato- Istanza;
- 3 -Esenzione bollo per veicolo adattato da parte del familiare del soggetto diversamente abile- Istanza;
- 4 -Esenzione bollo da parte del soggetto diversamente abile- Istanza;
- 5 -Esenzione bollo da parte del familiare del soggetto diversamente abile- Istanza;

MODELLI PER RICHIESTA RIMBORSI E RETTIFICHE PAGAMENTI.

Pag.

- 6-7-Rimborso bollo-Istanza;
- 8 -Richiesta rettifica versamento per Regione errata;
- 9 -Richiesta rettifica versamento per scadenza errata;
- 10 -Richiesta rettifica versamento per targa errata.

ESENZIONE DALLA TASSA AUTOMOBILISTICA REGIONALE
(cessazione diritto)

Alla Regione Abruzzo
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

per il tramite di **Uff. Prov.le/Delegazione ACI**
Via

OGGETTO: veicolo targato **intestato a:**

Il/La sottoscritt. nat. il.....
a..... (.....) codice fiscale.....
residente a in via.....
tel e-mail

- in qualità di:
 familiare
 disabile

comunica

che, relativamente al veicolo in oggetto a decorrere dal sono venuti meno i requisiti per l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica per :

- vendita a terzi del veicolo
 eliminazione delle modifiche e conseguente trasformazione in auto non adattata
 altro (specificare).....

Allega:

- fotocopia del documento di identità
 fotocopia documentazione attestante il venir meno dei requisiti per l'esenzione
 altro

Firma

.....

Data

ESENZIONE DALLA TASSA AUTOMOBILISTICA REGIONALE

(veicolo adattato intestato al disabile – istanza del disabile)

**Alla Regione Abruzzo
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6**

67100 L'AQUILA

per il tramite di **Uff. Prov.le/Delegazione ACI**
Via

OGGETTO: veicolo targatointestato a:

Il/La sottoscritt:, nat... il
a..... (prov.) codice fiscale.....
residente a in via
cap tel:..... e-mail

CHIEDE

il riconoscimento del diritto all'esonero dal pagamento della tassa automobilistica sulla base dei seguenti documenti allegati:

- certificazione medica attestante che il disabile è non vedente o sordomuto;
- certificazione medica attestante che il disabile è affetto da disabilità psichica oltre a fotocopia della documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. n. 18/80, L. n. 508/98, art. 21 D.P.R. n. 915/78, art. 76 D.P.R. n. 1124/65);
- certificazione medica rilasciata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92, attestante che il disabile è pluriamputato o affetto da grave limitazione della capacità di deambulare;
- certificazione medica rilasciata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92, dalla competente ASL, attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti;
- fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo è dotato di cambio automatico ovvero adattato in funzione della minorazione fisico-motoria;
- fotocopia della patente di guida.

Firma del disabile.....

Data

ESENZIONE DALLA TASSA AUTOMOBILISTICA REGIONALE

(veicolo adattato intestato al familiare che presenta l'istanza – disabile fiscalmente a carico)

**Alla Regione Abruzzo
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA**

per il tramite di **Delegazione ACI/Uff. Prov.le**
Via/Località

OGGETTO: veicolo targato

Dati del disabile:

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale.....

Il/La sottoscritt., nat... il
a..... (prov.) codice fiscale.....
residente a in via
cap tel:..... e-mail

in qualità di familiare del disabile di cui sopra,

CHIEDE

il riconoscimento del diritto all'esonero dal pagamento della tassa automobilistica sulla base dei seguenti documenti allegati:

- certificazione rilasciata ai sensi della competente ASL, attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti ma non da handicap grave di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92;
- fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo è dotato di cambio automatico ovvero adattato in funzione della minorazione fisico-motoria;
- documentazione attestante la posizione fiscale;
- fotocopia della patente di guida.

Firma del familiare

Data

ESENZIONE DALLA TASSA AUTOMOBILISTICA REGIONALE

(veicolo intestato al disabile)

**Alla Regione Abruzzo
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA**

per il tramite di **Uff. Prov.le/Delegazione ACI**
Via

OGGETTO: veicolo targatointestato a:

Il/La sottoscritt., nat... il .../.../.....
a..... (prov.) codice fiscale.....
residente a in via cap
..... tel..... e-mail.....

CHIEDE

il riconoscimento del diritto all'esonero dal pagamento della tassa automobilistica sulla base dei seguenti documenti allegati:

- certificazione medica attestante che il disabile è non vedente o sordomuto;
- certificazione medica attestante che il disabile è affetto da disabilità psichica oltre a fotocopia della documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. n. 18/80, L. n. 508/98, art. 21 D.P.R. n. 915/78, art. 76 D.P.R. n. 1124/65);
- certificazione medica rilasciata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92, attestante che il disabile è pluriamputato o affetto da grave limitazione della capacità di deambulare;
- fotocopia della carta di circolazione;
- fotocopia della patente di guida.

Firma del disabile.....

Data

ESENZIONE DALLA TASSA AUTOMOBILISTICA REGIONALE

(veicolo intestato al familiare che presenta l'istanza – disabile fiscalmente a carico)

**Alla Regione Abruzzo
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA**

per il tramite di **Uff. Prov.le/Delegazione ACI**
Via

OGGETTO: veicolo targato

Dati del disabile:

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale.....

Il/La sottoscritt....., nat... il .../.../.....

a..... (prov.) codice fiscale.....

residente a in via

cap tel..... E mail

in qualità di familiare del disabile di cui sopra,

CHIEDE

il riconoscimento del diritto all'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica sulla base dei seguenti documenti allegati:

- certificazione medica attestante che il disabile è non vedente o sordomuto;
- certificazione medica attestante che il disabile è affetto da disabilità psichica oltre a fotocopia della documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. n. 18/80, L. n. 508/98, art. 21 D.P.R. n. 915/78, art. 76 D.P.R. n. 1124/65);
- certificazione medica rilasciata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92, attestante che il disabile è pluriamputato o affetto da grave limitazione della capacità di deambulare;
- fotocopia della carta di circolazione;
- documentazione attestante la posizione fiscale;
- fotocopia della patente di guida.

Firma del familiare

Data

Alla REGIONE ABRUZZO
SERVIZIO RISORSE FINANZIARIE
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Oggetto: Tasse automobilistiche – Istanza di rimborso relativa all'anno _____

Il/La sottoscritt..... _____ nat a _____ Prov. _____
 il ____ / ____ / ____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____
 via _____ n. _____ COD. FISC. _____ Tel. _____
 in proprio / oppure quale legale rappresentante della _____ con sede legale
 in _____ CAP _____ Prov. _____ via _____ n. _____
 COD. FISC./P.I. _____ Tel. _____
 chiede per la tassa automobilistica regionale il rimborso della somma complessiva di Euro _____

DATI VEICOLO	TARGA	CATEGORIA			ALIMENTAZIONE				DATI FISCALI	FUORI STRADA		
		AUTO VEICOLO	MOTO VEICOLO	RIMORCHIO	BENZINA	GASOLIO	G.P.L.	METANO	ALTRO	KW	SI	NO

CAUSALE ISTANZA	per il seguente motivo:		
	Pagamento doppio <input type="checkbox"/>	Pagamento eccessivo <input type="checkbox"/>	Pagamento non dovuto <input type="checkbox"/>
	compilare punti A e B	compilare punto B	compilare punti B e C

FA PRESENTE DI AVER EFFETTUATO I SEGUENTI PAGAMENTI

A	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO CORRETTAMENTE									
	DATA VERSAMENTO			Scadenza		IMPORTO VERSATO	UFFICIO ACCETTANTE			BOLLETTINO Poste - PROGRESSIVO ACI - ALTRI
	giorno	mes	anno	mes	anno		ACI	Poste	ALTRI	
	TARGA		CATEGORIA							
						Autoveicolo	Motoveicolo	Rimorchio		

B	DATI DEL VERSAMENTO INTERESSATO DAL RIMBORSO									
	DATA VERSAMENTO			Scadenza		IMPORTO VERSATO	UFFICIO ACCETTANTE			BOLLETTINO Poste - PROGRESSIVO ACI - ALTRI
	giorno	mes	anno	mes	anno		ACI	Poste	ALTRI	
	TARGA		CATEGORIA							
						Autoveicolo	Motoveicolo	Rimorchio		

C	CAUSALI PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO PER PAGAMENTO NON DOVUTO						(riportare il tipo di formalità e la data di presentazione)		
	1) formalità presentata al P.R.A. (radiazione, perdita di possesso, esportazione all'estero o altro)								
	FORMALITA'						DATA		
						giorno	mes	anno	

MODALITA' DI RIMBORSO	<input type="checkbox"/>	ASSEGNO CIRCOLARE

Data _____

Firma _____



MODULO ISTANZA DI RIMBORSO TASSA AUTOMOBILISTICA

DUPLICAZIONE DI PAGAMENTO – Devesi intendere unicamente il versamento effettuato due volte a fronte dello stesso veicolo per la stessa periodicità (es. periodo GEN/DIC), anche se in tempi diversi.

Nel caso in cui la sovrapposizione di un pagamento a periodicità annuale sia limitata ad uno o due quadrimestri non esiste il diritto al rimborso (es. 1° pagamento GEN/DIC 1999 e 2° pagamento SETT 1999 /AGOSTO 2000; il secondo versamento è automaticamente allineato per coprire la scadenza DICEMBRE 2000).

PAGAMENTO ECCESSIVO – Devesi intendere unicamente il versamento effettuato in misura superiore al dovuto in base agli elementi fiscali del veicolo ed al periodo di riferimento per il quale è stata corrisposta la tassa automobilistica.

PAGAMENTO NON DOVUTO – Si intende quello effettuato nonostante l'esistenza al diritto alla sospensione (cessioni a concessionari) o di una causa di interruzione momentanea (es. perdita di possesso a seguito di furto con modalità annotata al PRA) o definitiva (es. cancellazione per demolizione annotata al PRA) dell'obbligo tributario.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il modulo deve essere correttamente compilato in stampatello in tutte le sue parti.

Particolare cura deve essere prestata nella trascrizione degli elementi identificativi del veicolo e dei dati fiscali.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DA PRESENTARE ALLA REGIONE

COPIA DELLA CARTA DI CIRCOLAZIONE PER TUTTE LE ISTANZE:

ALL'ISTANZA PER DUPLICAZIONE DI PAGAMENTO, deve essere allegata l'originale del versamento di cui si chiede il rimborso, nonché copia del versamento corretto.

ALL'ISTANZA PER PAGAMENTO ECCESSIVO, deve essere allegata esclusivamente la copia del versamento interessato.

ALL'ISTANZA PER PAGAMENTO NON DOVUTO, deve essere allegato l'originale del versamento effettuato, nonché la prova del diritto al rimborso (es. l'annotazione al PRA della perdita di possesso, della cancellazione del veicolo, la documentazione fornita dal concessionario per veicoli messi in esenzione, etc.).

L'istanza compilata in tutte le sue parti deve essere inoltrata alla REGIONE ABRUZZO direttamente o a mezzo posta munita degli allegati richiesti al seguente indirizzo:

REGIONE ABRUZZO
Servizio Risorse Finanziarie
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Alla
REGIONE ABRUZZO
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

e, p.c. Alla REGIONE

Oggetto: richiesta rettifica versamento regione errata.

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ () il _____ e residente in
_____ () Via _____,
C.F. _____, dichiara di aver pagato l'importo della tassa
automobilistica del proprio autoveicolo targato _____, presso: Poste Aci Altri
il _____ a favore della Regione _____, anziché della Regione Abruzzo,
giusta residenza risultante dalla carta di circolazione.

CHIEDE

pertanto, che venga eseguita la relativa compensazione, mediante accredito dell'importo alla
Regione competente.

A tal fine allega copia dei seguenti documenti:

- copia della carta di circolazione;
- copia della ricevuta di pagamento.

Distinti saluti.

L'Aquila, li _____

firma

Alla
REGIONE ABRUZZO
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi
Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Oggetto: richiesta rettifica versamento scadenza errata.

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ (____) il _____ e residente in
_____ (____) Via _____
intestatari _ del veicolo targato _____.

CHIEDE

la rettifica del versamento effettuato il _____, avendo indicato erroneamente la scadenza di _____ anziché quella esatta di _____.

Resta in attesa di determinazioni al riguardo.

A tal fine allega copia dei seguenti documenti:

- copia della carta di circolazione;
- copia del versamento da rettificare;
- copia del versamento relativo all'anno precedente.

Distinti saluti.

L'Aquila, li _____

firma

Alla
REGIONE ABRUZZO
Servizio Risorse Finanziarie
Ufficio Tasse Automobilistiche e Tributi
Regionali
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Oggetto: richiesta rettifica versamento su targa errata.

Il/La sottoscritt_ _____
nat_ a _____ (_____) il _____ e residente in
_____ (_____) Via _____
intestatari_ del veicolo targato _____.

CHIEDE

la rettifica del versamento effettuato il _____, avendo indicato erroneamente la
targa _____ anziché quella esatta _____.

Resta in attesa di determinazioni al riguardo.

A tal fine allega copia dei seguenti documenti:

- copia della carta di circolazione;
- copia del versamento.

Distinti saluti.

L'Aquila, li _____

firma