

Richiesta d'esonero dell'imposta di circolazione

1. Dati personali del richiedente (responsabile dell'ente o associazione)

Nome	Cognome
Data di nascita	Via / No.
NAP / Località	No. telefono

2. Dati dell'ente o associazione (se necessario)

Nome dell'ente o associazione	
Via / No.	Nap / Località

3. Dati del veicolo

Marca del veicolo	Numero telaio
Numero targa	

4. Tipo d'esonero

<input type="checkbox"/> Enti o associazioni Art. 6 lettera b) della Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore; Art. 2 lettera i) del relativo Regolamento d'applicazione	Allegare Statuti dell'ente o associazione
<input type="checkbox"/> Taxi Art. 8 della Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore	Allegare dichiarazione autorità comunale (allegato A) e licenza di circolazione originale
<input type="checkbox"/> Invalidi Art. 6 lettera c) della Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore; Art. 2 lettera f), 3 e 4 del relativo Regolamento d'applicazione	Allegare dichiarazione cassa malati (all. B) e certificato medico (all. C)

Il modulo compilato e completo degli allegati richiesti va inviato a: Sezione della circolazione, Servizio contabilità, casella postale, 6528 Camorino

Luogo e data	Firma del responsabile
--------------	------------------------

Dichiarazione autorità comunale

Allegato **A**

1. Dati personali

Nome	Cognome
Data di nascita	Via
NAP	Località

2. Dichiarazione

Con la presente dichiariamo che la persona summenzionata **esercita personalmente ed esclusivamente la professione di tassista**, è autorizzato a sostare su area pubblica ed è assoggettato a regolamenti e tariffe stabilite dall'Autorità comunale (art. 8 Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore).

Luogo e data	Firma e timbro dell'autorità comunale
--------------	---------------------------------------

Dichiarazione cassa malati

Allegato **B**

1. Dati personali

Nome	Cognome
Data di nascita	Via
NAP	Località

2. Dichiarazione

La persona summenzionata è iscritta alla nostra cassa e beneficia dei sussidi previsti dal decreto esecutivo concernente le basi di calcolo per l'applicazione dei sussidi nell'assicurazione sociale malattie valevole per l'anno in corso.

Luogo e data	Firma e timbro della cassa malati
--------------	-----------------------------------

Certificazione di infermità ai sensi dell'Art. 6, lettera C (da compilare dal medico curante)

Allegato **C**

1. Dati personali del/la paziente

Nome	Cognome
Data di nascita	Via
NAP	Località

2. Diagnosi

Diagnosi precisa	
Emiplegia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Paraplegia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Deambulazione <input type="checkbox"/> Difficoltosa <input type="checkbox"/> Con bastone/stampelle <input type="checkbox"/> Con protesi arti inferiori	<input type="checkbox"/> Con girello <input type="checkbox"/> In carrozzella <input type="checkbox"/> Impossibile
Osservazioni	

L'art. 6 lett. c) Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore contempla la possibilità di concedere l'esonero dall'imposta di circolazione a "infermi di modeste condizioni finanziarie". Con il termine "infermi" sono da intendere le persone costrette all'immobilità da malattie gravi e lunghe. **Immobile è il paziente costretto in sedia a rotelle** (es. paraplegico).

Un'immobilità transitoria o di breve durata (mesi), in seguito a un incidente o a un intervento medico-chirurgico, non qualifica invece il paziente di "infermo". Una difficoltà alla deambulazione, come si riscontra in malattie degenerative del sistema muscolo-scheletrico, non definisce l'infermità. Le difficoltà di deambulazione causate da malattie del sistema cardio-respiratorio esulano da questo contesto.

Al medico curante è chiesto di certificare gli elementi oggettivi di giudizio. La decisione sull'esonero è di competenza della Sezione della Circolazione. Il medico cantonale valuta e preavvisa i casi dubbi.

In ogni caso il richiedente può essere **convocato dallo Stato per un controllo diretto**.

In fede

Luogo e data	Firma e timbro del medico
--------------	---------------------------