

Richiesta d'esonero dell'imposta di circolazione

1. Dati personali del richiedente (responsabile)

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

2. Dati dell'ente di pronto intervento e/o primo soccorso (se del caso)

Nome dell'ente	
Via / No.	Nap / Località

3. Dati del veicolo

Marca del veicolo e matricola	Numero telaio
Scopo di utilizzo / motivazione e stima dei km percorsi annualmente	

4. Tipo d'esonero

Ente di pronto intervento e/o primo soccorso Art. 6 lettera b) della Legge sulle imposte e tasse di circolazione dei veicoli a motore;	Allegare Statuti dell'ente
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
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		Paraplegia	
Si	No	Si	No
Deambulazione		Con girello	
Difficoltosa		In carrozzella	
Con bastone/stampelle		Impossibile	
Con protesi arti inferiori			
Necessita per i suoi spostamenti di un veicolo a motore			
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 fiduciario 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
--------------	---------------------------