

Ricorso contro il giudizio della commissione sanitaria di 1° istanza per l'accertamento delle agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone con disabilità

(presentato da genitore o tutore)

ai sensi del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni della legge 4 aprile 2012, n. 35 e dell'art. 14 della Legge Provinciale 21 agosto 1978, n. 46

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Servizio Aziendale di Medicina Legale
Via G.-Galilei 10/H
39100 Bolzano

Tel.: 0471 43 9314 - 9279
Fax: 0471 43 9292
E-mail: rekurse.ricorsi@sabes.it
Pec: rekurse.ricorsi@pec.sabes.it

Il richiedente / la richiedente

Cognome Nome
Luogo di nascita Provincia Stato
Data di nascita Codice fiscale
Residente a CAP Luogo Provincia
Via/piazza N.
Tel. / Cell. N. E-Mail
in qualità di ¹

propone ricorso

contro il giudizio della commissione sanitaria di 1° istanza per l'accertamento delle agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone con disabilità, nei confronti di:

(cognome e nome) nato/a il
residente a, Via/Piazza
n., espresso nei suoi confronti nella visita del

¹ indicare se la dichiarazione è resa dal tutore o genitore di minore. Il tutore alleggi copia del decreto di nomina.

Motivazione

Per motivare il presente ricorso allego certificazione del medico specialista rilasciata da non più di 6 mesi.

Delega

Delego il patronato, sede di,
indirizzo PEC:, tel. n.,
presso il quale eleggo domicilio, a rappresentarmi ed assistermi a titolo gratuito per la presente domanda.

Indirizzo PEC

Richiedo che le comunicazioni inerenti al procedimento amministrativo in oggetto avvengano esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (PEC).

Indirizzo PEC:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla "Istanza di ricorso ai sensi dell'art. 14 della Legge Provinciale n. 46/1978 e decreto legge n. 5/2012, convertito con modificazioni della legge n. 35/2012".

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Firma

Allegato

- certificato di un medico specialista rilasciato da non più di sei mesi
- copia decreto di nomina a tutore (se pertinente)