

# Associazioni di Volontariato

## Autocertificazione per richiesta esenzione in caso di transito non Telepass

Il sottoscritto ....., legale rappresentante dell'Associazione.....  
.....con sede in..... (.....) via.....n°.....

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni non veritiere, che al momento del transito a cui si riferisce il Mancato Pagamento:

n° ..... del ..... presso la stazione .....

n° ..... del ..... presso la stazione .....

n° ..... del ..... presso la stazione .....

il veicolo targato....., soddisfaceva tutte le condizioni previste dall'art. 373, comma 2, lettera c) del D.P.R. n.495 del 16/12/1992 (Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada) e successive modifiche e integrazioni:

1. Il veicolo è immatricolato a nome dell'associazione di volontariato o dell'organismo simile non avente scopo di lucro;
2. Il veicolo è adibito al soccorso;
3. Il veicolo era impegnato nell'espletamento del relativo specifico servizio;
4. Il veicolo è provvisto dell'apposito contrassegno.

Allega, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e successive modifiche e integrazioni, **apposita/e "scheda/e di soccorso" o altra documentazione da cui si evince chiaramente che i suddetti interventi sono stati effettuati o per trasporto malati in modalità del tutto gratuita (né oggetto di rimborso né di fattura)** come specificato nella Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 378 del 18/09/2014, ovvero per interventi in emergenza rientranti in una delle fattispecie previste dalla nota del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti - SVCA del 2/10/2014:

- o servizio 118
- o trasporto organi;
- o trasporto sangue ed emoderivati in condizione di emergenza;
- o trasporto sanitario assistito (medico o infermiere a bordo);
- o trasporto neonatale pediatrico;
- o trasporto di pazienti oncologici;
- o trasporto di pazienti dializzati che necessitano dell'utilizzo di ambulanza da attestazione del centro dialitico.

data.....

In Fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma legale rappresentante)

Il presente modulo (scaricabile dal sito [www.cavspa.it](http://www.cavspa.it)) correttamente compilato e accompagnato dalla documentazione richiesta, dovrà essere inviato alla C.A.V. S.p.A. via Bottenigo 64/a 30175 Marghera (VE), oppure inviato al numero di Fax 041/5497680 o email [recuperopedaggio@cavspa.it](mailto:recuperopedaggio@cavspa.it)

Per ulteriori informazioni contattare i seguenti numeri:

Centro Servizi di Venezia Mestre : 041/927831 Centro Servizi di Padova Est : 049/7818730