

**OGGETTO: richiesta di annullamento verbali di mancato pagamento**

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

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 il veicolo targato ..... al momento del transito il giorno .....

soddisfaceva tutte le seguenti condizioni di cui l'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 ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del GDPR REGOLAMENTO UE 2016/679, 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:

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

data.....

in fede  
firma legale rappresentante