

Spett.le
Argentea Gestioni S.C.p.A.
Direzione Operativa
S.P. 103, s.n.c.
Fara Olivana con Sola (BG)
rmpp.brebemi@argenteagestioni.it

OGGETTO: Associazioni di Volontariato - Richiesta Annullo Rapporti di Mancato Pagamento
Prot. _____ / _____

Il Sottoscritto _____, Legale

Rappresentante dell'Associazione di

Volontariato _____,

con Sede in _____ Provincia di

Via/Piazza _____ N.°

in relazione ai Rapporti di Mancato Pagamento emessi a carico del veicolo Targa _____,
ed elencati nell' Allegato 1),

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 di ogni singolo transito indicato il medesimo veicolo **soddisfaceva integralmente 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 di Organismo similare 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 e senza alcun dubbio 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, qui di seguito riportate:

- servizio 118;



- trasporto organi;
- trasporto sangue ed emoderivati in condizioni 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.

_____, _____
Luogo e data

In Fede

(Timbro e Firma del Legale Rappresentante)

RICHIESTA ANNULLAMENTO RAPPORTI DI MANCATO PAGAMENTO DEL PEDAGGIO - ALLEGATO 1) ns. Prot.

N.° ____/____ del _____

TARGA DEL VEICOLO: _____ INTESTATO A: _____

Dati afferenti i Rapporti di Mancato Pagamento del Pedaggio emessi nel mese di: _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____

N° Univoco RMPP: _____ DATA EMISSIONE _____ presso la Stazione _____