

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

giorno mese anno

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento
TSC4		

importi a debito versati	importi a credito compensati
15,13	

codice ufficio codice atto

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE A

15,13 B

+ **15,13**

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento

importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E

F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento

importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale

importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I

L

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M

N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 15,13

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I	T																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

firma _____