

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R | S | S | M | R | A | 7 | 1 | T | 0 | 9 | H | 5 | 0 | 1 |

cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI ROSSI

nome

MARIO

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

giorno mese anno 0 | 9 | 1 | 2 | 1 | 9 | 7 | 1 | M ROMA

comune

prov. via e numero civico

R | M VIALE C. COLOMBO 426

DOMICILIO FISCALE ROMA

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 importi a debito versati importi a credito compensati

TVNA 2019 90,00

codice ufficio codice atto

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

TOTALE A 90,00 **B** + 90,00

SEZIONE INPS

codice sede causale contributo matricola INPS/codice INPS/livello azienda periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

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

SEZIONE REGIONI

codice regione codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune Raw Immob. variaz. Acc. Saldo numero immobili codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

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

SEZIONE ALTRI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede codice ditta c.c. numero di riferimento causale importi a debito versati importi a credito compensati

INAIL

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

codice sede codice sede causale contributo codice posizione periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 90,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPIRE A RUOTA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
			n.ro _____ tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma _____