

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

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 giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

0 | 9 | 1 | 2 | 1 | 9 | 7 | 1 M ROMA

prov.

R | M

DOMICILIO FISCALE ROMA

prov via e numero civico

R | M VIALE C. COLOMBO 426

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	TVRI		2019	45,94		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	45,94 B		+ 45,94

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	Immob. variab. 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 (FONDAMENTALI 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

SALDO FINALE

EURO + 45,94

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

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

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IBAN _____

firma _____