

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 | 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 prov.

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

DOMICILIO FISCALE **ROMA** prov. **R | M** via e numero civico **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		2024	70,00		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
TOTALE	A			70,00	B	+ 70,00

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	
						+/-
TOTALE	C			D	E	F

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						+/-
TOTALE	E			F	G	H

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	
											+/-
TOTALE	G					H			I	J	K

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
TOTALE	I				L	M	N

FIRMA

SALDO FINALE EURO + **70,00**

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE 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/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
		n.ro _____
		tratto / emesso su _____
		cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT** _____ firma _____

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

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 B barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
 cognome, denominazione o ragione sociale nome
DATI ANAGRAFICI ROSSI MARIO
 data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
 giorno mese anno comune via e numero civico
 0 9 1 2 1 9 7 1 M ROMA R M
DOMICILIO FISCALE ROMA 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		2024	70,00		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/-
						SALDO (A-B)
TOTALE A				70,00 B		+ 70,00

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	
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. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				detrazione							+/-
											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	
INAIL								
								+/-
								SALDO (I-L)
								TOTALE I
								L
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								+/-
								SALDO (M-N)
								TOTALE M
								N
								SALDO FINALE
								EURO + 70,00

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			<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
n.ro _____			tratto / emesso su _____	
			cod. ABI _____ CAB _____	

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

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 B barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
 cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI ROSSI MARIO
 data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
 0 9 | 1 2 | 1 9 | 7 1 | M | ROMA R | M
giorno mese anno comune via e numero civico

DOMICILIO FISCALE ROMA 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		2024	70,00		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto					
			TOTALE A	70,00 B		+ 70,00

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)
detrazione											
											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	
INAIL								
								+/-
								SALDO (I-L)
								+/-
								SALDO (M-N)
								TOTALE M
								N
SALDO FINALE							EURO	+ 70,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE 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/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
			n.ro _____	
			tratto / emesso su _____	
			cod. ABI	CAB