

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 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

giorno mese anno

comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via e numero civico \_\_\_\_\_

**DOMICILIO FISCALE** \_\_\_\_\_

**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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1552		2020	16,00	,	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>				,	,	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
<b>TOTALE</b>			<b>A</b>	<b>16,00</b>	<b>B</b>	+ <b>16,00</b>

codice ufficio \_\_\_\_\_ codice atto \_\_\_\_\_

**SEZIONE INPS**

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
<b>TOTALE</b>				<b>C</b>	<b>, D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
<b>TOTALE</b>			<b>E</b>	<b>, F</b>		+/- <b>SALDO (E-F)</b>

**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	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
<b>TOTALE</b>							<b>, H</b>	<b>G</b>	+/- <b>SALDO (G-H)</b>

detrazione \_\_\_\_\_

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
<b>TOTALE</b>					<b>, L</b>	<b>I</b>	+/- <b>SALDO (I-L)</b>

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	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
<b>TOTALE</b>						<b>, N</b>	<b>M</b>	+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO + 16,00**

**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  bancario/postale

n.ro \_\_\_\_\_  circolare/vaglia postale

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_