

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

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

1552

2021

16,00

codice ufficio _____

codice atto _____

TOTALE A

16,00 **B**

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

+ 16,00

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 _____

TOTALE G

H

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede _____

codice ditta _____

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I

L

+/- **SALDO (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

TOTALE M

N

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

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

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

IT _____

firma _____