

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE **R S S M R A 9 9 A 0 1 L 4 4 5 W** 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.

0 1 0 1 1 9 9 9 **M** **TROFARELLIO** **T O**

DOMICILIO FISCALE **TROFARELLIO** **T O** **PIAZZA I MAGGIO 11**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio						+/-
codice atto						
TOTALE A						
						SALDO (A-B)

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	
TOTALE C							
							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						
						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	
L 4 4 5			X		001	3944	0102	2013	200,00		
TOTALE G									200,00		
											SALDO (G-H)
											200,00

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								
TOTALE I								
								SALDO (I-L)
TOTALE M								
								SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + **200,00**

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA 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/SPORTELLIO	
					Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I T

firma _____

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE **R S S M R A 9 9 A 0 1 L 4 4 5 W** 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.

0 1 0 1 1 9 9 9 **M** **TROFARELLO** **T O**

DOMICILIO FISCALE **TROFARELLO** **T O** **PIAZZA I MAGGIO 11**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE			A	B		

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	
L 4 4 5			X		001	3944	0102	2013	200,00		
											+/- SALDO (G-H)
TOTALE									G	H	200,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI 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 + **200,00**

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