

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

DATI ANAGRAFICI

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

DOMICILIO FISCALE

comune prov. via e numero civico

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ragione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	TSCI		2021	6,04		
	TSC2		2021	15,13		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+- SALDO (A-B)
<b>TOTALE A</b>				<b>21,17 B</b>		<b>21,17</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)
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	tributo	causale	numero immobile	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
									+- SALDO (G-H)
<b>TOTALE G</b>							<b>H</b>		

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)
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>		

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)
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 21,17

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 <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale n.ro _____ tratta / emesso su _____ <span style="margin-left: 100px;">cod. ABI</span> <span style="margin-left: 100px;">CAB</span>
giorno	mese	anno	AGENZIA	CAB/SPORTELLO	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma \_\_\_\_\_