

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

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

prov.

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

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio codice atto

+/- **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

Sigla della Provincia di riferimento

Anno di riferimento del diritto annuale

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C

SEZIONE REGIONI

codice regione rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E

F

SEZIONE COMUNI E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente codice comune Ravn. Immob. variabili Acc. Saldo numero immobili codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

CN

3850

2024

+/- **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 periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

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

TOTALE M

N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

giorno mese anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IBAN

firma