

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

R | S | S | M | R | A | 6 | 0 | D | 0 | 1 | D | 6 | 1 | 2 | A

cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI

ROSSI

nome

MARIO

data di nascita

0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 9 | 6 | 0

giorno

1 | 9 | 6 | 0

anno

sesto (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

FIRENZE

prov.

F I

DOMICILIO FISCALE

BORGO SAN LORENZO

prov.

F I

via e numero civico

VIA SALVADOR ALLENDE 31

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
8913	0002	202*	***	
1992	0002	202*	***	
TOTALE A			***	B

Inserire gli importi come da tabella

Immettere l'anno corrente

codice ufficio

codice atto

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/Titolo azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE C					D

Inserire la somma degli importi 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	tributo	causale	numero versati	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE G								H

SALDO (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
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 +

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

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma