



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE D | L | P | L | R | A | 8 | 7 | L | 6 | 3 | L | 0 | 4 | 2 | A barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI DEL POPOLO nome LAURA

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

giorno | mese | anno | F | TAORMINA | M | E

comune prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CALATABIANO | C | T | VIA MONTEFORTE BANCO 4/A

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

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	9001		2023	38,14		
	9002		2023	4,79		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
	5 5 7 9 0 0 8 2 4 1 0	TOTALE	A	42,93	B	42,93

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

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rit.	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 rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
											+/- 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	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								+/- SALDO (M-N)
TOTALE						M	N	

SALDO FINALE

EURO + 42,93

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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
					tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____