

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

**M L N K M L 9 9 P 2 3 Z 1 2 7 S**

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

**DATI ANAGRAFICI**

**MALINOWSKI**

nome

**KAMIL**

data di nascita

**2 3 0 9 1 9 9 9**

giorno mese anno

comune (o Stato estero) di nascita

**POLONIA**

prov.

**E E**

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

**B O**

**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

**4001**

rateazione/regione/prov. / mese rif.

**0101**

anno di riferimento

**2023**

importi a debito versati

importi a credito compensati

**43,00**

**46,18**

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**46,18 B**

**43,00**

**SALDO (A-B)**

**3,18**

**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/regione/prov. / 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/regione/prov. / mese rif.

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

**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**

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO**

**3,18**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

**I T 7 0 M 0 3 0 1 5 0 3 2 0 0 0 0 0 0 0 6 3 8 5 0 9 3**

firma