

DELEGA IRREVOCABILE A: **delegation**

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA **agency**

PROV. **M I**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** **R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D** **F R H** **2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4**  
cognome, denominazione o ragione sociale nome

**DATI ANAGRAFICI** **ROSSI** **MARIO ALBERTO**  
data di nascita giorno mese anno 0 1 0 1 1 9 8 0 sesto (M o F) **M** comune (o Stato estero) di nascita **MILANO** prov. **M I**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare** **T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q** codice identificativo **9 W**

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

**IDENTIFICATIVO OPERAZIONE**

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		124	0101	2000	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X	X	X	X	268	0202	2001	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X				121	0303	2002	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0404	2003	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0505	2004	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		222	0808	2005	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		222	0808	2006	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0101	2007	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0909	2008	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X	X	281	1010	2009	6,04	6,04	

**SALDO FINALE**

**EURO** + **60,40**

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

DELEGA IRREVOCABILE A: **delegation**

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA **agency**

PROV. **M I**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** **R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D** **F R H** **2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4**  
cognome, denominazione o ragione sociale nome

**DATI ANAGRAFICI** **ROSSI** **MARIO ALBERTO**  
data di nascita giorno mese anno 0 1 0 1 1 9 8 0 sesto (M o F) **M** comune (o Stato estero) di nascita **MILANO** prov. **M I**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare** **T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q** codice identificativo **9 W**

**MOTIVO DEL PAGAMENTO**

**IDENTIFICATIVO OPERAZIONE**

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		124	0101	2000	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X	X	X	X	268	0202	2001	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X				121	0303	2002	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0404	2003	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0505	2004	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		222	0808	2005	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		222	0808	2006	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0101	2007	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X		191	0909	2008	6,04	6,04	
E R	TSC1	1 2 1 1	X		X	X	281	1010	2009	6,04	6,04	

**SALDO FINALE**

**EURO** + **60,40**

**FIRMA**

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

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE