

DELEGA IRREVOCABILE A:

string

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

string

PROV. **M B**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

**T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q**

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

**DATI ANAGRAFICI**

**ROSSI**

**MARIO**

data di nascita

giorno **1** mese **1** anno **1 9 9 9**

Sesso (M o F) **F**

comune (o Stato estero) di nascita **MILANO**

prov. **M I**

comune

prov. **Q Y**

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** **DFGRHWPNLXKQY**

**Z1VIEXS7FWMNU**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo **9 W**

**SEZIONE ERARIO**

	codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
	B9AD	88MP	2617	73,09	0,00	
codice ufficio <b>F R H</b>	codice atto <b>2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4</b>	<b>TOTALE A</b>		<b>438,54 B</b>	<b>0,00</b>	<b>SALDO (A-B) 438,54</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	
5670	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00	
5 6	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00	
5670	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00	
5 6	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00	
<b>TOTALE C</b>				<b>3,36 D</b>	<b>0,00</b>	<b>SALDO (C-D) 3,36</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
6 0	ZEMO	A	2306	9014,92	0,00	
<b>TOTALE E</b>				<b>9014,92 F</b>	<b>0,00</b>	<b>SALDO (E-F) 9014,92</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
9 9 Y C	X	X	X	X	433	0943	43CV	2432	60029,16	0,00	
detrazione <b>9709187,77</b>	<b>TOTALE G</b>								<b>60029,16 H</b>	<b>0,00</b>	<b>SALDO (G-H) 60029,16</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	69605	47858729	54	792244	B	0,60	0,00	
TOTALE I						0,60 L	0,00	SALDO (I-L) 0,60
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	
8 7 3 9	B6COP	G1D	693850961	15	040 67 172	0,36	0,00	
TOTALE M						0,36 N	0,00	SALDO (M-N) 0,36

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO + 69486,94**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	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 S t r i n g

firma



string

## AGENZIA

string

PROV. M B

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CODICE FISCALE**

**CODICE FISCALE** T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q

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

## DATI ANAGRAFICI

ROSSI

nome

MARIO

data di nascita

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno		mese		anno		
1	1	1	1	1	9	9

F MILANO

M. I.

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** DFGRHWPNLXKQY

Q.

Z1VIE XJS7FWMNU

**CODICE FISCALE** del coobbligato, erede,  
genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo 9 | W

## 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	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00	
B9AD			88MP		2617	73,09		0,00 +/-	
codice ufficio			codice atto					SALDO (A-B)	
F R H			2 9 5 4 2		8 4 8 6 4 4	TOTALE A		438,54 B	
								0,00	
								438,54	

## 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
5670	HHW	32W95Mf	40 312	08 419	0,84	0,00
5 6	HHW	32W95Mf	40 312	08 419	0,84	0,00
5670	HHW	32W95Mf	40 312	08 419	0,84	0,00
5 6	HHW	32W95Mf	40 312	08 419	0,84	0,00 +/-
<b>TOTALE</b>					<b>3,36</b>	<b>0,00</b>
					<b>C</b>	<b>D</b>
						<b>SALDO (C-D)</b>
						3,36

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
6   0	ZEMO	A	2306	9014,92	0,00	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				9014,92	0,00	<b>SALDO (E-F)</b>
			<b>TOTALE</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	
				9014,92	0,00	9014,92

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

<div style="text-align: right;">codice ente/ codice comune</div>	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
9 9 Y C	X	X	X	X	433	0943	43CV	2432	60029 , 1 6	0 0 0	
									,	,	
									,	,	
									,	,	
									, +/-	SALDO (G-H)	
detrazione				9709187 7 7		TOTALE	G		60029 1 6 H	0 0 0	60029 1 6

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati		importi a credito compensati		
	69605	47858729	54	792244	B	0,60		0,00		
						,		,		
						,		,		+/-
						,		,		<b>SALDO (I-L)</b>
	<b>TOTALE</b>					<b>I</b>	0,60		<b>L</b>	0,00

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							
8	7	3	9	B6COP		G1D	693850961		15 040		67 172		0,36		0,00				
												+/-	SALDO (M-N)						
TOTALE										M		0,36		N		0,00		0,36	

## SALDO FINALE

**EURO** + 69486,94

**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 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>cod. ABI _____</span> <span>CAB _____</span> </div>
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno     	mese     	anno     			





