



DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

agency

PROV. SA

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

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

**DATI ANAGRAFICI**

ROSSI

nome

MARIO

data di nascita

giorno mese anno  
1 2 1 1 1 9 9 1

Sesso (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

SALERNO

prov.

S A

comune

prov.

R M

via e numero civico

VIA GIORGIONE N. 110

**DOMICILIO FISCALE** ROMA

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

R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D

codice identificativo Q 7

**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

codice ufficio

codice atto

N K A

9 9 6 6 2 2 1 6 9 6 5

**TOTALE A**

+/- **SALDO (A-B)**

**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**

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

0 1

codice tributo

18HY

rateazione/  
mese rif.

9KL

anno di  
riferimento

2023

importi a debito versati

91837,22

importi a credito compensati

0,00

+/- **SALDO (E-F)**

**TOTALE E**

91837,22 F

91837,22

**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

+/- **SALDO (G-H)**

**TOTALE G**

H

**SEZIONE ACCISE/MONOPOLI E ALTRI VERSAMENTI NON AMMESSI IN COMPENSAZIONE**

ente

prov.

codice tributo

codice identificativo

rateazione

mese

anno di riferimento

importi a debito versati

**SALDO (O)**

codice ufficio

T

Z

Q

codice atto

8

4

6

3

5

6

0

2

4

2

9

**TOTALE O**

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO**

+ 367348,88

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

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

firma