

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 codice ufficio F R H codice atto 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 sesso (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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
					n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

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 codice ufficio F R H codice atto 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 sesso (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**

Autorizzo addebito su c/c IBAN I T

**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	
					n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE