

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

**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**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8

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
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno	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

**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**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8

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

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE