

delegation

AGENZIA **agency**

PROV. MI

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CODICE FISCALE**

**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

## DATI ANAGRAFICI

ROSSI

MARIO ALBERTO

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_ comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_

prov.

giorno	mese	anno
0   1	0   1	1   9   8   0

M MILANO

M I

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE MILANO

M

VIA LARGA 21

**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

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

## SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/c.dice filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati		importi a credito compensati	
			da mm/aaaa	a mm/aaaa				
5670	HHW	32W95Mf	40	3120	08	4198	0,84	0,00
5670	HHW	32W95Mf	40	3120	08	4198	0,84	0,00
5670	HHW	32W95Mf	40	3120	08	4198	0,84	0,00
5670	HHW	32W95Mf	40	3120	08	4198	0,84	0,00 +/-
<b>TOTALE C</b>							<b>3,36 D</b>	<b>0,00 +</b>
								<b>SALDO (C-D)</b>
								<b>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>					9014,92 F	,,	+ 9014,92

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Rav.	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 Z	X	X	X	X	433	0943	43CV	2432	60029,1 6	0,0 0	
									,	,	
									,	,	
									,	,	
											+/- SALDO (G-H)
detrazione				97091877_0 0			TOTALE	G	60029,1 6H	, ,	+ 60029,1 6

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

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	0401	67	1726	0,36		0,00				
																+/-	<b>SALDO (M-N)</b>
												0,36N		, , +			0,36
										<b>TOTALE M</b>							

**FIRMA**

## SALDO FINALE

**EURO** + 69486,94

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORETELLO	
giorno	me	anno			n.ro _____ tratto / emesso su _____
					<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>cod. ABI</span> <span>CAB</span> </div>

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

firma \_\_\_\_\_







**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

AGENZIA

agency

PROV. MI

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

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

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** MILANO

M I

VIA LARGA 21

**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

**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
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
			<b>SALDO (A-B)</b>	
			438,54B	438,54

codice ufficio

codice atto

F R H

2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4

**TOTALE A**

**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
5670	HHW	32W95Mf	40	3120 08 4198	0,84	0,00
					<b>SALDO (C-D)</b>	
					0,84D	0,84

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				<b>SALDO (E-F)</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
										<b>SALDO (G-H)</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
					<b>SALDO (I-L)</b>	

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
							<b>SALDO (M-N)</b>

<b>TOTALE</b>	<b>M</b>	<b>N</b>	<b>SALDO FINALE</b>

**EURO** + 439,38

**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
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
		tratto / emesso su	
		cod. ABI	CAB









