

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

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

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

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

B

+/- **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

TOTALE C

D

+/- **SALDO (C-D)**

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

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

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

TOTALE G

H

+/- **SALDO (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

codice ufficio

codice atto

TOTALE O

SALDO (O)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

+ _____

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 _____

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE