

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

AGENZIA

agency

PROV. **M I**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q

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

DATI ANAGRAFICI

ROSSI

MARIO

data di nascita

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

F

MILANO

M I

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

DFGRHWPNLXKQY

Q Y

Z1VIEXS7FWMNU

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

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

codice ufficio

codice atto

F R H

2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4

TOTALE A

146,18 B

SALDO (A-B)

146,18

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

TOTALE C

0,84 D

SALDO (C-D)

0,84

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE 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

SALDO (G-H)

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (I-L)

TOTALE I

L

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

SALDO (M-N)

TOTALE M

N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 147,02

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

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