

DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

giorno **1** mese **1** anno **1 9 9 9**

Sesso (M o F) **F**

comune (o Stato estero) di nascita **MILANO**

prov. **M I**

comune

prov. **Q Y**

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

DFGRHWPNLXKQY

Z1VIEXS7FWMNU

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

codice identificativo **9 W**

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	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 F R H	codice atto 2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4	TOTALE A		438,54 B	0,00	SALDO (A-B) 438,54

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
5670	HHW	32W95Mf	40 3120 08 4198	0,84	0,00	
5 6	HHW	32W95Mf	40 3120 08 4198	0,84	0,00	
5670	HHW	32W95Mf	40 3120 08 4198	0,84	0,00	
5 6	HHW	32W95Mf	40 3120 08 4198	0,84	0,00	
TOTALE C				3,36 D	0,00	SALDO (C-D) 3,36

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	
TOTALE E				9014,92 F	0,00	SALDO (E-F) 9014,92

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	
9 9 Y C	X	X	X	X	433	0943	43CV	2432	60029,16	0,00	
detrazione	97091877 0 0					TOTALE G			60029,16 H	0,00	SALDO (G-H) 60029,16

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	
TOTALE I						0,60 L	0,00	SALDO (I-L) 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	
TOTALE M						0,36 N	0,00	SALDO (M-N) 0,36

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 69486,94

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO
giorno	mese	anno		

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 S t r i n g

firma

