

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE barare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale nome

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

comune prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

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

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						
codice ufficio <input type="text"/> codice atto <input type="text"/>						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A						0,00

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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C						

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						

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Row.	Immob. variat.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati				
											+/- SALDO (G-H)			
detrazione <input type="text"/>				TOTALE G										

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL						importi a debito versati	importi a credito compensati	
codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale				
								+/- SALDO (I-L)
TOTALE I								

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								+/- SALDO (M-N)
TOTALE M								

FIRMA

SALDO FINALE **EURO** + **0,00**

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA CAB/SPORELLIO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro tratto / emesso su cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma