

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

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

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

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE 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

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

TOTALE C

D

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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

Ravv. variati

Immob. acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

deduzione ICI abitazione principale

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

posizione assicurativa numero

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 +

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 bancario n° _____

cod. ABI _____

CAB _____

firma _____

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

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

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

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE 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

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

TOTALE C

D

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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

Ravv. variati

Immob. 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 ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

posizione assicurativa numero

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

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: _____

AGENZIA _____

PROV. _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE
CODICE FISCALE

 barrare 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
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 _____				+/- SALDO (A-B) _____
TOTALE A			B		

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				D		

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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Ravv. Immob. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
detrazione ICI abitazione principale _____									+/- SALDO (G-H) _____
TOTALE G							H		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

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

SALDO FINALE

EURO + _____

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

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

 Pagamento effettuato con assegno bancario/postale

 circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____

CAB _____