

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**CODICE FISCALE** 0 0 2 9 9 1 0 0 8 3 4

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

barre in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

**DATI ANAGRAFICI**

data di nascita

giorno

me

anno

sexo (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

**CODICE FISCALE** del obbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	T010		2019	344,00	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	806T		2019	8,75	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>					

codice ufficio

codice atto

8 8 9 6 5 3 2 8 7 5 5

**TOTALE A**

352,75 B

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

352,75

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
-------------	--------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------

**TOTALE C**

D

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

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
----------------	----------------	----------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------

**TOTALE E**

F

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

codice ente/codice comune	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
---------------------------	--------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------

**TOTALE G**

H

+/- **SALDO (G-H)**

codice sede	posizione assicurativa numero	causale contributo	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
-------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------

**INAIL**

**TOTALE I**

L

+/- **SALDO (I-L)**

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
-------------	-------------	--------------------	------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------

**TOTALE M**

N

+/- **SALDO (M-N)**

**EURO + 352,75**

*[Handwritten signature and stamp]*

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENZIA

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

circolare/vaglia postale

n.ro

fratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**CODICE FISCALE** 0 0 2 9 9 1 0 0 8 3 4  
cognome, denominazione o ragione sociale

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

nome

**DATI ANAGRAFICI**

data di nascita \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ 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

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	T010		2019	344,00		
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	806T		2019	8,75		
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
<small>codice ufficio</small> _____ <small> codice atto</small> _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
	8 8 9 6 5 3 2 8 7 5 5		<b>TOTALE A</b>	352,75	<b>B</b>	352,75

**SEZIONE II**

codice sede	causale contributo	matricola II NPS/codice II NPS/titolo azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
			<b>TOTALE C</b>		<b>D</b>	

**SEZIONE III**

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						+/- <b>SALDO (E-F)</b>
			<b>TOTALE E</b>		<b>F</b>	

**SEZIONE IV**

codice ente/codice comune	Immob. variat. Ass. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								+/- <b>SALDO (G-H)</b>
			<b>TOTALE G</b>				<b>H</b>	

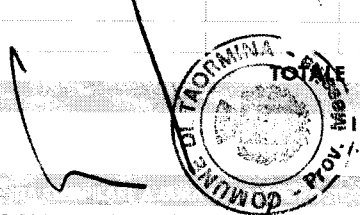
**SEZIONE V**

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (I-L)</b>
			<b>TOTALE I</b>				<b>L</b>

**SEZIONE VI**

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	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
			<b>TOTALE M</b>				<b>N</b>

**EURO + 352,75**



<b>DATA</b> giorno _____ mese _____ anno _____	<b>CODICE BANCA/POSTE/AGENTE ALLA RISCOSSIONE</b> AZIENDA _____ CAB/SPOKTELLIC _____	<b>Pagamento effettuato con assegno</b> n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____	<b>banca/postale</b> circular/vaglia postale _____ CAB _____
---	---	---	--

MICO F24 (EU) - 2/2007 - EURO

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**CODICE FISCALE** 0 0 2 9 9 1 0 0 8 3 4  
cognome, denominazione o ragione sociale

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

**DATI ANAGRAFICI**

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

nome

prov.

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

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

codice identificativo

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	T010		2019	344,00	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	806T		2019	8,75	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>					

codice ufficio codice atto  
 8 8 9 6 5 3 2 8 7 5 5 **TOTALE A** 352,75 B +/- **SALDO (A-B)** 352,75

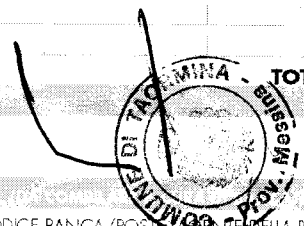
codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	anno di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					<b>TOTALE C</b>	<b>D</b>	<b>SALDO (C-D)</b>

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
					<b>TOTALE E</b>	<b>F</b>	<b>SALDO (E-F)</b>

codice ente/codice comune	immo. versati	Ass. fondo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
								<b>TOTALE G</b>	<b>H</b>	<b>SALDO (G-H)</b>

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
						<b>TOTALE I</b>	<b>L</b>	<b>SALDO (I-L)</b>

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



**EURO + 352,75**

**DATA** giorno mese anno

**CODICE BANCA/POSTE/AGENZIA DELLA RISCOSSIONE** AZIENDA CAB/SPORTELLINO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

no. tratta / emesso su \_\_\_\_\_ cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

AVV. F.24 ICI - 2007 EURO