

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

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

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

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

T010

2019

344,00

806T

2019

8,75

codice ufficio

codice atto

8 8 9 6 7 0 5 2 6 5 0

TOTALE A

352,75 B

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

352,75

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

Immob.

variati

Ass.

Saldo

numero immobile

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

codice sede

posizione assicurativa numero

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

+/- **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 +

352,75

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAR/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

bancario/postale

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 2 9 9 1 0 0 8 3 4

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno

messe

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

T010

2019

344,00

806T

2019

8,75

codice ufficio

codice atto

8 8 9 6 7 0 5 2 6 5 0

TOTALE A

352,75 B

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

352,75

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

Ass.

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

codice sede

posizione assicurativa numero

c. a.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

+/- **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 +

352,75

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAR/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

bancario/postale

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

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 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

T010

2019

344,00

806T

2019

8,75

codice ufficio

codice atto

8 8 9 6 7 0 5 2 6 5 0

TOTALE A

352,75 B

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

352,75

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

Immob. variati

Ass. 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

deduzione ICI abitazione principale

codice sede

posizione assicurativa numero

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

+/- **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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

352,75

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

n.ro

bancario/postale

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE