



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

XXX

XXX

data di nascita

sexso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1

M

VARESE

V | A

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

VARESE

V | A

XXX

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

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricol INPS/codice INPS/filiale azienda

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

D

SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune

Ravv.

Immob. variabili

Acci.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I

L

SALDO (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

0 | 0 | 0 | 5

VA

ODCL

000000XXX

01

2018

12

2018

190,00

VA

VA00

000000XXX

01

2018

12

2018

380,00

TOTALE M

570,00N

SALDO (M-N)

570,00

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

570,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

giorno mese anno

1 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma