

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 0 5 2 4 2 0 8 6 6

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

COMUNE DI ASSORO

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 ASSORO

E N VIA CRISA N. 280

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	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	anno 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 IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	causale 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 E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL	41400	03197681	51	902018	P	790,10	
							-/- SALDO (I-L)
TOTALE I					L	790,10	+
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
							-/- SALDO (M-N)
TOTALE M						N	
SALDO FINALE							EURO + 790,10

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	☐ bancario/postale
giorno	mes	anno	AZIENDA	CAB / SPORTELLI	n.ro	☐ circolare/vaglia postale
					tratto / emesso su	
					cod. ABI	CAB