

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** P | R | T | F | D | M | 8 | 7 | L | 6 | 2 | C | 3 | 5 | 1 | J  
 cognome, denominazione o ragione sociale

**DATI ANAGRAFICI** PORTO  
 data di nascita: giorno 2 | mese 2 | anno 0 | 7 | 1 | 9 | 8 | 7 | sesso (M o F) F  
 comune CATANIA  
 nome FRIDA MARIA  
 prov. C | T  
 via e numero civico VIA DELLE AMBROSIE, 12

**DOMICILIO FISCALE** MASCALUCIA  
 prov. C | T  
 via e numero civico VIA DELLE AMBROSIE, 12

**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	
			,	,	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>			,	,	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>			,	,	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>			,	,	
codice ufficio	codice atto		,	,	+/-
<b>TOTALE A</b>			<b>B</b>		<b>SALDO (A-B)</b>

**SEZIONE INPS**

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
2100	DM10	2112119236	1	2021	981,00	,
<b>TOTALE C</b>					<b>D</b>	<b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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>

**SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente / codice comune	Ravv.	Immob. variab.	Acc.	Seido	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>

**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
41300	019931351	21	902021	P	74,31	,
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>	<b>SALDO (I-L)</b>

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
					0   0	,	,
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>	<b>SALDO (M-N)</b>

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

EURO + 1055,31

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

**DATA** giorno 1 | mese 6 | anno 2022

**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 \_\_\_\_\_