

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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 nome FRIDA MARIA
Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
 2 | 2 | 0 | 7 | 1 | 9 | 8 | 7 F CATANIA C | T
comune via e numero civico

DOMICILIO FISCALE MASCALUCIA C | T 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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/-
TOTALE A				B		SALDO (A-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	2	2021	899,00		
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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. versati	Acc.	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 ED ASSICURATIVI

codice sede	numero	posizione assicurativa	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	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					0 0			+/-
TOTALE M						N	SALDO (M-N)	

FIRMA **SALDO FINALE** EURO + 899,00

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

DATA: giorno mese anno 1 | 6 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____