

DELEGA IRREVOCABILE A:

(0049)

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** **FRIDA MARIA**
nome

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

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

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	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
2100	DM10	2112119236	4	2021	981,00		
TOTALE	C				D		+ SALDO (C-D)
					981,00		+ 981,00

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	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Ravv.	Inmob. variati	Acc.	Saldo						
										+/- SALDO (G-H)
detrazione _____										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	41300	19931351	21	902021	P	74,42		+/- SALDO (I-L)
TOTALE						L		+ 74,42
codice ente _____ codice sede _____ causale contributo _____ codice posizione _____								+/- SALDO (M-N)
				0	0			TOTALE M
				0	0			-

FIRMA _____ **SALDO FINALE** **EURO** + **1055,42**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno 1 mese 7 anno 0 5 2 0 2 1	AZIENDA _____ CAB/SPORTELLO _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
		tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT** _____ firma _____