

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

DATI ANAGRAFICI **PORTO** nome **FRIDA MARIA**

data di nascita: giorno **2** | mese **2** | anno **07** | 1 | 9 | 8 | 7 | sesso (M o F) **F** | comune (o Stato estero) di nascita **CATANIA** | prov. **C** | T

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					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/titolare azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
2100	DM10	2112119236	5	2021	983,00		
TOTALE C					D		+/- SALDO (C-D)
					983,00	E	+ 983,00

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

codice ente/codice comune	Ravv.	Inmob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE		importi a debito versati	importi a credito compensati	
						codice tributo	rateazione/mese rif.			
TOTALE G								H		+/- SALDO (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								
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 0			
TOTALE M						N		+/- SALDO (M-N)

FIRMA _____ **SALDO FINALE** **EURO** + **983,00**

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

DATA giorno 1 mese 6 anno 06 2 0 2 1	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA _____ CAB/SPORTELLLO _____	Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
---	--	---

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