

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

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

**DATI ANAGRAFICI**

**PORTO**

nome

**FRIDA MARIA**

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno mese anno  
**2 2 0 7 1 9 8 7**

**F**

**CATANIA**

**C T**

comune

prov.

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**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA  
RITENUTE ALLA FONTE  
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE</b>			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>+/- SALDO (A-B)</b>

**SEZIONE INPS**

codice sede contributo	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
2100	DM10	2112119236	9 2021	971,00		
<b>TOTALE</b>				<b>C</b>	<b>D</b>	<b>+/- SALDO (C-D)</b>
						<b>+ 971,00</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE</b>				<b>E</b>	<b>F</b>	<b>+/- SALDO (E-F)</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
codice ente/codice comune	Ravv.	Inmob. variati	Acc. Saldo						
<b>TOTALE</b>							<b>G</b>	<b>H</b>	<b>+/- SALDO (G-H)</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
<b>TOTALE</b>						<b>I</b>	<b>L</b>	<b>+/- SALDO (I-L)</b>

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

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO** + 971,00

**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	mese	anno		AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro _____		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1	8	1 0	2 0			tratto / emesso su _____	cod. ABI _____	CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **I T**

firma \_\_\_\_\_