

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 mese anno
2 | 2 | 0 | 7 | 1 | 9 | 8 | 7

Sesso (M o F)

F

comune (o Stato estero) di nascita

CATANIA

prov.

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

	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	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
2100	DM10	2112119236	9 2022	431,00		
						+/- SALDO (C-D)
				TOTALE C	D	+ 431,00

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	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
											+/- SALDO (G-H)
									TOTALE G	H	-

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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			
							+/- SALDO (M-N)
					TOTALE M	N	-

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 431,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
1	7	10			
Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

U | T

firma _____

