

DELEGA IRREVOCABILE A:

(0049)

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					+/- <b>SALDO (A-B)</b>
				<b>TOTALE A</b>	<b>B</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	12 2022	963,00		
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
				<b>TOTALE C</b>	<b>D</b>	<b>963,00</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

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

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO** + 963,00

**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/SPORTELLO	
1	6	01			
Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT** \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

