

DELEGA IRREVOCABILE A:

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

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

**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
1713	0012	2022	107,74	
TOTALE A			107,74 B	+ SALDO (A-B) 107,74

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	1 2023	886,00	
TOTALE C				886,00 D	+ SALDO (C-D) 886,00

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	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
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
41300	19931351	21	902023	P	72,55	
TOTALE I					72,55 L	+ SALDO (I-L) 72,55

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		
TOTALE M					N	- SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 1066,29

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 1 6 0 2 2 0 2 3	AZIENDA CAB/SPORTELLLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
		tratto / emesso su	cod. ABI CAB

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

firma _____

