Agenzia Entrate

Mod. F24

(0049)

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** PRTFDM87L62C351J

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

**DATI ANAGRAFICI**

cognome, denominazione o ragione sociale: PORTO

nome: FRIDA MARIA

data di nascita (giorno mese anno): 22 07 1987

sesso (M o F): F

comune (o Stato estero) di nascita: CATANIA

prov.: CT

**DOMICILIO FISCALE**

comune: MASCALUCIA

prov.: CT

via e numero civico: 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | , | , |
| | | | , | , |
| | | | , | , |
| | | | , | , |
| | | | , | , |
| | | | , | , |

codice ufficio | codice atto

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

## SEZIONE INPS

| codice sede | causale contributo | matricola INPS/codice INPS/filiale azienda | periodo di riferimento: da mm/aaaa | periodo di riferimento: a mm/aaaa | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2100 | DM10 | 2112119236 | 2 2023 | | 924,00 | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |

TOTALE C 924,00 | D , | +/- SALDO (C-D) + 924,00

## 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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

| codice ente/codice comune | Ravv. | Immob. variati | Acc. | Saldo | numero immobili | codice tributo | rateazione/mese rif. | anno di riferimento | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |

detrazione ,

TOTALE G , | H , | +/- SALDO (G-H) -

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |

TOTALE I , | L , | +/- SALDO (I-L) -

| codice ente | codice sede | causale contributo | codice posizione | periodo di riferimento: 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 + 924,00

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

DATA: giorno 16 mese 03 anno 2023

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE — AZIENDA | CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno — bancario/postale — circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su — cod. ABI — CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT

firma

MOD. F24 – 2013 EURO

N° Protocollo - Progressivo invio 0 - Data invio - Data valuta

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE