

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R | S | S | M | R | A | 7 | 1 | T | 0 | 9 | H | 5 | 0 | 1 | B

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale: **ROSSI**
 nome: **MARIO**
 data di nascita: giorno 0 | 9 | mese 1 | 2 | anno 1 | 9 | 7 | 1 | sesso (M o F) **M** | comune (o Stato estero) di nascita **ROMA** | prov. **R | M**
DOMICILIO FISCALE **ROMA** | prov. **R | M** | via e numero civico **VIALE C. COLOMBO 426**
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	
TVRI		2016	100,00		
					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A			100,00 B		+ 100,00

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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

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	Immo. Raw	Immo. variaz	Acc.	Saldo	numero immobili	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 sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE I					L		

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 100,00

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

DATA _____ | **CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE**

giorno _____ mese _____ anno _____ | 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 **I T** _____

firma _____