

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale nome

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

DATI ANAGRAFICI

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
giorno mese altro
 comune prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE IMPOSTE

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE A			0,00 B	0,00	+/- SALDO (A-B) 0,00

codice ufficio codice atto

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	
TOTALE C				0,00 D	0,00	+/- SALDO (C-D) 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E				0,00 F	0,00	+/- SALDO (E-F) 0,00

SEZIONE ICI E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. Ravv. stabili	Arz. S. S. S. S.	numero inter-bili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G							0,00 H	0,00	+/- SALDO (G-H) 0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I				0,00 L	0,00	+/- SALDO (I-L) 0,00

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 5	BA	ODCL		01 2017 12 2017	190,00		
	BA	BAOO		01 2017 12 2017	160,00		
TOTALE M					350,00 N	0,00	+/- SALDO (M-N) 350,00

SALDO FINALE		Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare	EURO +	350,00
---------------------	--	---	---------------	---------------

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale tratto / emesso su _____
giorno	meso	altro	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
					cod. ABI _____ CAB _____

MOD. F 24 ICI - 2002 EURO - STAMPATO DA INPS