

DELEGA IRREVOCABILE A: _____

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA _____ PROV. _____
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE M R R R 0 1 I E S D F S D F F D barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI **ROSSI** nome **MARIO**

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno _____ via e numero civico _____
2 4 0 5 2 0 0 1 M MILANO M I

DOMICILIO FISCALE MILANO prov. M I VIA GINESTRE, 1

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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	TSC4		2022	2 0 0 0		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						±/- SALDO (A-B)
TOTALE A				2 0 0 0 B		2 0 0 0

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/comune	Base imponibile versati	Ass. Solido	numero immobili	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE			importi a debito versati	importi a credito compensati	
				codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						±/- 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	
INAIL								±/- SALDO (I-L)
TOTALE I						L		
								±/- SALDO (M-N)
TOTALE M						N		

FIRMA

_____ **SALDO FINALE** **EURO + 2 0 0 0**

_____ **EURO + 2 0 0 0**

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/SPORELLI _____
Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
n.ro _____ circolare/vaglia postale
tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____