

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

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: giorno, mese, anno; sesso (M o F); comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE IMPOSTE**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo: TSC3

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati: 12,09

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**12,09 B**

+/- **SALDO (A-B)**

**+ 12,09**

**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**

**D**

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

**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

Imm. variab. Acc. Soldo 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

**INAIL**

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa

numero di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE I**

**L**

+/- **SALDO (I-L)**

**TOTALE M**

**N**

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

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO + 12,09**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

circolare/vaglia postale

giorno, mese, anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IBAN

firma