

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

G | L | T | S | N | L | 5 | 3 | D | 7 | 0 | H | 5 | 0 | 1 | K
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI

GIULIETTI

SERENELLA

data di nascita: giorno **3** | mese **0** | anno **04** | sesso (M o F) **F** | comune (o Stato estero) di nascita **ROMA** | prov. **R | M**
via e numero civico **VIA TORREVECCHIA**

DOMICILIO FISCALE

ROMA

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					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
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 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

codice ente/codice comune	immob. Ravv. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H501			X	1	3918		2016	224,00		
H501			X	1	3961		2016	17,00		
TOTALE G								241,00	H	+/- SALDO (G-H)
										+ 241,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice ente	codice sede	causale contributo	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I								L	+/- SALDO (I-L)
TOTALE M								N	+/- SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + **241,00**

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

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

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

U | T | _____

firma _____

2 copia per la banca/poste/agente della riscossione

