

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

C | L | Z | D | V | D | 6 | 7 | L | 2 | 2 | H | 5 | 0 | 1 | E

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

COIAZZA

nome

DAVID

data di nascita

giorno 2 | mese 2 | anno 0 | 7 | 1 | 9 | 6 | 7

sesso (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

ROMA

prov.

R | M

comune

DOMICILIO FISCALE

GROTTAFERRATA

prov.

R | M

via e numero civico

PIAZZA MARCONI 1

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**codice tributo
1040rateazione/regione/
prov./ mese rif.
0009anno di
riferimento
2016importi a debito versati
150,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

150,00

SALDO (A-B)

+ 150,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
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

Ravv.

Immob.
variati

Acc.

Saldo

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**

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)**FIRMA****SALDO FINALE**

EURO +

150,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

giorno

mese

anno

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente codice IBAN

I T

firma