

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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**

COLAZZA

nome

DAVID

data di nascita

2 2 0 7 1 9 6 7

sesso (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

ROMA

prov.

R M

comune

GROTTAFERRATA

prov.

R M

via e numero civico

PIAZZA MARCONI 1

DOMICILIO FISCALE**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

6099

rateazione/regione/
prov./ mese rif.

0101

anno di
riferimento

2016

importi a debito versati

962,00

importi a credito compensati

3.544,00

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

962,00

3.544,00

SALDO (A-B)

2.582,00

SEZIONE INPScodice
sede

7010

causale
contributo

PXX

matricola INPS/codice INPS/
filiale aziendaperiodo di
riferimento:
da mm/aaaa

012016

a mm/aaaa

122016

importi a debito versati

1.776,00

importi a credito compensati

SALDO (C-D)

1.776,00

TOTALE C

1.776,00

SEZIONE REGIONIcodice
regione

0 8

codice tributo

3801

rateazione/
mese rif.

0101

anno di
riferimento

2016

importi a debito versati

503,00

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

503,00

TOTALE E

503,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALIcodice ente/
codice comune

E 2 0 4

Ravv.

Immob.
variati

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

3844

rateazione/
mese rif.

0101

anno di
riferimento

2016

importi a debito versati

233,00

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

303,00

TOTALE G

303,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

INAIL

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (I-L)**TOTALE 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

SALDO (M-N)**TOTALE M**

N

FIRMA**SALDO FINALE**

EURO +

0,00

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

