

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 IRPICO**

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**

Q,00 B

Q,00 +

**SALDO (A-B)**

Q,00

**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**

Q,00 D

Q,00 +

**SALDO (C-D)**

Q,00

**SEZIONE REGIONI**

codice regione codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

**TOTALE E**

Q,00 F

Q,00 +

**SALDO (E-F)**

Q,00

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune causale contributo matricola immobile numero immobile codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

**TOTALE G**

Q,00 H

Q,00 +

**SALDO (G-H)**

Q,00

**SEZIONE ALTRE ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede codice ditta c.c. numero di riferimento causale importi a debito versati importi a credito compensati

**INAIL**

**TOTALE I**

Q,00 L

Q,00 +

**SALDO (I-L)**

Q,00

codice ente codice sede causale contributo codice posizione periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

**TOTALE M**

Q,00 N

Q,00 +

**SALDO (M-N)**

Q,00

**SALDO FINALE**

**EURO** +

Q,00

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

giorno mese anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

