

DELEGA IRREVOCABILE A: NOME BANCA/POSTA
AGENZIA CODICE AGENZIA PROV.
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

SEZIONE ANTI

CODICE FISCALE X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X
cognome, denominazione o ragione sociale nome
DATI ANAGRAFICI COGNOME NOME
data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X
DOMICILIO FISCALE COMUNE DI RESIDENZA X | X VIA XXXXXXXX N° XX
prov. via e numero civico
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare codice identificativo

SEZIONE PRIMO

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			0,00 B	0,00	+/- SALDO (A-B)	0,00

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				0,00 D	0,00	+/- SALDO (C-D)	0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
1 0	3801	0101	2009	127,20			
1 0	8902	0101	2009	3,18			
TOTALE E				130,38 F	0,00	+/- SALDO (E-F)	130,38

SEZIONE SUI LEI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Rev. Immob. variabili	Acc. Salvo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
X X X X				3844	0101	2009	44,57			
X X X X				3843	0101	2010	18,97			
X X X X				8926	0101	2009	1,11			
X X X X				8926	0101	2010	0,47			
TOTALE G							65,12 H	0,00	+/- SALDO (G-H)	65,12

SEZIONE ALTRI ENTI PREVID. MULTI ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
INAIL								
TOTALE I					0,00 L	0,00	+/- SALDO (I-L)	0,00
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					0,00 N	0,00	+/- SALDO (M-N)	0,00

SEZIONE SUI LEI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

TOTALE EURO + 195,50

ESITATI DEL VERSAMENTO (PER CONFERMAZIONE DEL PAGAMENTO CON ASSEGNO)
DATA: giorno mese anno
CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLA
Pagamento effettuato con assegno n.ro _____
tratto / emesso su _____
bancario/postale _____
circolare/vaglia postale _____
cod. ABI _____ CAB _____

MOD. F24 (1-2007) EURO

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____