

MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

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 tributo

rateazione/
regione/prov.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

TSC4

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

15,13

15,13B

-/+

SALDO (A-B)

0,00

15,13

codice sede

causale contributo

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

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

0,00D

-/+

SALDO (C-D)

0,00

0,00

codice regione

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

0,00F

-/+

SALDO (E-F)

0,00

0,00

codice ente/
codice comune

Ravv.

immob. versati

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

0,00H

-/+

SALDO (G-H)

0,00

0,00

Detrazione ICI
abitazione principale

codice sede

posizione assicurativa
numero

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

TOTALE I

0,00L

-/+

SALDO (I-L)

0,00

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

0,00N

-/+

SALDO (M-N)

0,00

0,00

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO +

15,13

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

bancario/postale

circular/vaglia postale

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

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 tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	TSC4					
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				15,13		SALDO (A-B)
				15,13	0,00	15,13
TOTALE A				15,13 B	0,00	15,13

codice ufficio

codice atto

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	
						SALDO (C-D)
				0,00	0,00	0,00
TOTALE C				0,00 D	0,00	0,00

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						SALDO (E-F)
				0,00	0,00	0,00
TOTALE E				0,00 F	0,00	0,00

codice ente/ codice comune	immob. Raw	variab. Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)
								0,00	0,00	0,00
TOTALE G								0,00 H	0,00	0,00

Detrazione ICI
abitazione principale

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

INAIL

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	
							SALDO (M-N)
					0,00	0,00	0,00
TOTALE M					0,00 N	0,00	0,00

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO

15,13

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

CAB