

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:  
 AGENZIA  
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE	
<b>CODICE FISCALE</b>	R   S   S   M   R   A   7   1   T   0   9   H   5   0   1   B <small>cognome, denominazione o ragione sociale</small>
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	ROSSI <small>nome</small> MARIO <small>data di nascita</small> 0   9   1   2   1   9   7   1 <small>giorno mese anno</small> M <small>comune (o Stato estero) di nascita</small> ROMA <small>prov. via e numero civico</small> R   M VIALE C. COLOMBO 426 <small>prov.</small> R   M <small>codice identificativo</small>
<b>DOMICILIO FISCALE</b>	ROMA
<b>CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare</b>	

SEZIONE ERARIO		codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>		TVRI		2016	100,00		
							<b>SALDO (A-B)</b>
				<b>TOTALE A</b>	<b>100,00 B</b>		<b>100,00</b>

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	
								<b>SALDO (C-D)</b>
								<b>TOTALE C D</b>

SEZIONE REGIONI		codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								<b>SALDO (E-F)</b>
								<b>TOTALE E F</b>

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI		IDENTIFICATIVO OPERAZIONE			codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
										<b>SALDO (G-H)</b>
										<b>TOTALE G H</b>

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI		codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>INAIL</b>									
									<b>SALDO (I-L)</b>
									<b>TOTALE I L</b>

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI		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	
									<b>SALDO (M-N)</b>
									<b>TOTALE M N</b>

**FIRMA** SALDO FINALE EURO + 100,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPLETARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)	
<b>DATA</b>	<b>CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE</b>
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLO
Pagamento effettuato con assegno n.ro _____	
tratto / emesso su _____	
cod. ABI	CAB
<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN	UT _____
	firma _____