

**MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE****CODICE FISCALE**

R | S | S | M | R | A | 7 | 1 | T | 0 | 9 | H | 5 | 0 | 1

cognome, denominazione o ragione sociale

barrare in caso di anno d'imposta  
non coincidente con anno solare**DATI ANAGRAFICI**

ROSSI

nome

MARIO

data di nascita

giorno

0 | 9 | 1 | 2 |

mese

1 | 9 | 7 | 1

sesso (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

ROMA

prov.

R | M

comune

**DOMICILIO FISCALE**

ROMA

prov.

via e numero civico

R | M

VIALE C. COLOMBO 426

codice identificativo

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede,  
genitore, tutore o curatore fallimentare****SEZIONE ERARIO****IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (A-B)
TVRI		2017	90,00	,	
			,	,	
			,	,	

**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	SALDO (C-D)
				,	,	
				,	,	
				,	,	

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (E-F)
				,	,	
				,	,	
				,	,	

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobile	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (G-H)
									,	,	
									,	,	

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (I-L)
						,	,	
						,	,	

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)
					,	,	
					,	,	

**FIRMA**

EURO + 90,00

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILEARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	PAgamento effettuato con assegno n.ro _____	bancario/postale
giorno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	circolare/vaglia postale

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

I T

firma \_\_\_\_\_

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE