

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO **FAC SIMILE**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R | S | S | M | R | O | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X

la base in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

ROSSI

nome

MARIO

data di nascita

sex (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

X | X | X | X | X | X | X | X

M

ROMA

R | M

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE **ROMA**

R | M

VIA, XXXXXXXX n. 23

CODICE FISCALE del coobbligato, arredo, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo	sezione/regione/prov./massa/rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
codice ufficio	codice sito				SALDO (A-B)
TOTALE A			B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/SILE/assistenza	periodo di riferimento da mesi/anno	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
7012	EPAR	XXXXXXXXXX	10/2014	XX -00		
TOTALE C				XX,00 D		SALDO (C-D)
TOTALE						XX-00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	sezione/regione/prov./massa/rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
TOTALE E				F		SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	sezione/regione/prov./massa/rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
TOTALE G				H					SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento da mesi/anno	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
TOTALE M				N			SALDO (M-N)

FIRMA

Mario Rossi

SALDO FINALE

EURO - **XX,00**

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno	mes	anno	AGENZIA	CAL/SPORTELLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
					tratto / emesso su _____	col. ABI _____
					col. CAB _____	CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma _____