

**MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE****CODICE FISCALE**

cognome, denominazione o ragione sociale

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

prov.

**DOMICILIO FISCALE****CODICE FISCALE** del coobbligato, erede,  
genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

codice tributo rateazione/regione/prov./mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

1552

32,00

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

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

32,00 B

SALDO (A-B)

32,00

**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

D

SALDO (C-D)

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Rav.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI****INAIL**

codice sede codice ditta c.c. numero di riferimento causale

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento:

da mm/aaaa a mm/aaaa

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

**FIRMA**

SALDO FINALE

EURO

32,00

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro \_\_\_\_\_

 bancario/postale

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

 circolare/vaglia postale

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

I T

firma \_\_\_\_\_



**MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE****CODICE FISCALE**

cognome, denominazione o ragione sociale

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

nome

**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 FISCALE** del coobbligato, erede,  
genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

codice tributo rateazione/regione/prov./mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

1552

32,00

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

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

32,00 B

SALDO (A-B)

32,00

**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

, D

SALDO (C-D)

**SEZIONE REGIONI**

codice regione codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE E

, F

SALDO (E-F)

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune Rav. Immobi. variati Acc. Saldo numero immobili codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE G

, H

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

TOTALE I

, L

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

TOTALE M

, N

SALDO (M-N)

**SALDO FINALE**

EURO

32,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____		bancario/postale	
giorno	mese	anno	azienda	CAB/SPORTELLO			circolare/vaglia postale	