

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

EMER

LORENZO

data di nascita
giorno | mese | anno

sexo (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov. via e numero civico

T | N

DOMICILIO FISCALE

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

codice identificativo

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
1792	01 / 01	2022	218,00	0,00
1790	01 / 01	2023	109,00	0,00

codice ufficio codice atto

0 | 3 | 4

TOTALE A

327,00B

+/- SALDO (A-B)

0,00 327,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contribuito	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
8300	PXX		9 2022	12 2022	1.146,00	0,00
8300	PXX		1 2023	12 2023	458,29	0,00

TOTALE C

1.604,29D

+/- SALDO (C-D)

0,00 1.604,29

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	Immob. Revv. variabili	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 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

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 contribuito	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE M

N

+/- SALDO (M-N)

, ,

SALDO FINALE

EURO + 1.931,29

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA		
giorno	mese	anno
1 9 0	7 2	0 2 3

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____

