

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____

prov. _____

via e numero civico _____

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

TSC2

2023

15,13

codice ufficio _____

codice atto _____

TOTALE A

15,13 **B**

SALDO (A-B)

15,13

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	periodo di riferimento: a	periodo di riferimento: a
mm/aaaa	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	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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

INAIL

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I

L

SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: a	periodo di riferimento: a
mm/aaaa	mm/aaaa					

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

15,13

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

DATA

giorno _____ mese _____ anno _____

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA _____ CAB/SPORTELLO _____

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro _____

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____

cod. ABI _____

CAB _____

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT _____

firma _____