

**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 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare  
cognome, denominazione o ragione sociale

**DATI ANAGRAFICI** ROSSI **MARIO**  
nome

data di nascita 0 9 / 1 2 / 1 9 7 1 giorno mese anno M sempre M o F ROMA comune (o Stato estero) di nascita R M prov.

**DOMICILIO FISCALE** ROMA R M prov. VIALE C. COLOMBO 426 via e numero civico

**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	
	<u>TVRI</u>		<u>2018</u>	<u>90,00</u>		
<b>TOTALE A</b>				<b>90,00 B</b>		<b>SALDO (A-B)</b>
						<b>90,00</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>SALDO (C-D)</b>

occorre compilare la sezione erario

questo codice resta sempre uguale

indicare l'anno per il quale si effettua il pagamento

importo per gli anni successivi al 2016

**SEZIONE REGIONI**

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

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/ codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobiliare	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
											<b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>									<b>H</b>		

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							<b>SALDO (I-L)</b>
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>		
							<b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **SALDO FINALE** **EURO** + **90,00**

**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	mese	anno	AZIENDA	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			CAB/SPORTELLO	
			tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_