



DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE	MNNSLN92C64F704E		Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare		☐
DATI ANAGRAFICI	cognome, denominazione o ragione sociale				nome
	MANNO				SELENE
	data di nascita	giorno	mese	anno	Sesso (M o F)
		24	03	1992	F
	comune (o Stato estero) di nascita				prov.
	MONZA				MB
	comune				prov.
	ABBIATEGRASSO				MI
DOMICILIO FISCALE	via e numero civico				
	VIA PAGANINI 3				
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
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	2522		2025	4,00	
	2523		2025	4,00	
codice ufficio	codice atto				+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				8,00 B	+ 8,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: 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 IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune	Ravv.	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)
detrazione										

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							
TOTALE I						L	+/- SALDO (I-L)
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE M						N	+/- SALDO (M-N)

FIRMA**SALDO FINALE****EURO** + **8,00****ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno	mese	anno			

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT

firma _____