

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

**CODICE FISCALE**

→ **ALUNNO**

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

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

cognome, denominazione o ragione sociale

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

02

**SEZIONE ERARIO**

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

codice tributo  
**TSC4**

rateazione/regione/  
prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

15,13

codice ufficio codice atto

**TOTALE A**

**B**

**SALDO (A-B)**

**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 IMPIANTABILITA' LOCALI**

codice ente/  
codice comune

Immob. Acc. Saldo  
Ravv. variati 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 RITI 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

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE M**

**N**

**SALDO (M-N)**

**EURO +**

**ESIBIZIONE DEL VERSAMENTO**

**CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE**

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

circolare/vaglia postale

**DATA**

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB