

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

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

DATI ANAGRAFICI

COMUNE CAMPO ELBA

nome

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

ITALIA

L I

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
A A G G

rateazione/regione/prov./ mese rif.

2024

importi a debito versati
200,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

0 9 7 4 8 2 5 1 4 7 8

TOTALE A

200,00 **B**

+/- **SALDO (A-B)**

200,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E

F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

Raw.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I

L

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M

N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

200,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

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

DATI ANAGRAFICI

COMUNE CAMPO ELBA

nome

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

ITALIA

L I

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
A A G G

rateazione/regione/
prov./ mese rif.

anno di riferimento
2024

importi a debito versati
200,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

0 9 7 4 8 2 5 1 4 7 8

TOTALE A

200,00 **B**

+/- **SALDO (A-B)**

200,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C

, **D**

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E

, **F**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comune

Rav.

Immob.
variati

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G

, **H**

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I

, **L**

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M

, **N**

SALDO FINALE

EURO +

200,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

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

DATI ANAGRAFICI

COMUNE CAMPO ELBA

nome

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

ITALIA

L I

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
A A G G

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento
2024

importi a debito versati
200,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

0 9 7 4 8 2 5 1 4 7 8

TOTALE A

200,00 **B**

+/- **SALDO (A-B)**

200,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E

F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

Raw.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE I

L

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M

N

SALDO FINALE

EURO +

200,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

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