

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

TSC1

2025

6,04

TSC2

2025

15,13

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

21,17

**SALDO (A-B)**

21,17

**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

**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**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/  
codice comune

Ravv.

Immob.

variab.

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

periodo di riferimento:  
da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**SALDO (M-N)**

**TOTALE M**

N

**SALDO FINALE**

**EURO +**

21,17

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro \_\_\_\_\_

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

cod. ABI

CAB