

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE S | R | T | S | L | V | 0 | 0 | A | 0 | 1 | D | 9 | 6 | 9 | J barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI USURATO nome SILVIO

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0 | 0 M GENOVA G | E

DOMICILIO FISCALE GENOVA prov. VIA DEI CRAVATTARI 59500000

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	4034		2013	1247994		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
TOTALE A				1247994 B		+ 1247994

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	
3400	AP	12345678131106678	01/2013 12/2013	606478		
						+/-
TOTALE C				606478 D		+ 606478

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
09	3813		2013	140184		
						+/-
TOTALE E				140184 F		+ 140184

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Raw.	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		+ I

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
TOTALE I					L		+ M

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	
								+/-
TOTALE M						N		+ O

FIRMA **SALDO FINALE** EURO + 1994656

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	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			tratto / emesso su _____	
			cod. ABI _____	CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT** _____ firma _____

Conforme Provv. Agenzia Entrate 12 apr. 2012 - 24 ORE Software S.p.A. - Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano

MOD. F24 - 2012 EURO