

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE TAX CODE _____ barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI SURNAME _____ **NAME** _____

cognome, denominazione o ragione sociale nome
data di nascita _____ sesto (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno
D **D** **M** **M** **Y** **Y** **Y** **Y** **Gender** **COUNTRY OF BIRTH** _____
comune F or M prov. via e numero civico
DOMICILIO FISCALE ADDRESS IN ITALY _____ **P** **I** **HOUSE NUMBER** _____
if you live in Pisa

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						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE			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	
						+/- 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	
17	8846		2024	700,00		
						+/- SALDO (E-F)
TOTALE			E	F		+ 700,00

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + **700,00**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLINO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I T _____

firma _____