

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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

TSC3

2021

12,09

codice ufficio _____

codice atto _____

TOTALE A

12,09 **B**

SALDO (A-B)

12,09

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 ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune _____

Raw. _____

Immob. _____

variat. _____

Acc. _____

Saldo _____

numero immobili _____

codice tributo _____

rateazione/ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

detrazione _____

TOTALE G

H

SALDO (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

TOTALE I

L

SALDO (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

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

12,09

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

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
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE
 PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

 cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____
 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI
 data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 giorno mese anno
 DOMICILIO FISCALE
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

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	
TSC3		2021	12,09		
					SALDO (A-B)
TOTALE A			12,09B		+ 12,09

codice ufficio _____ codice atto _____

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

codice ente/ codice comune	Raw.	Imm. 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					

detraazione _____

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			

SALDO FINALE

EURO + **12,09**

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

DATA _____ **CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE** _____
 giorno mese anno
 AZIENDA _____ **CAB/SPORTELLO** _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

