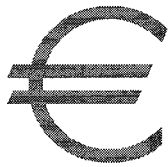




AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

Mod. F24

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

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

## DOMICILIO FISCALE

## SEZIONE ERARIO

## IMPOSTE DIRETTE - IVA

## RITENUTE ALLA FONTE

## ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

rateazione/  
regione/prov.anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

A196

2026

200,00

SALDO (A-B)

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

200,00 B

0,00

200,00

T M F

0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0

## SEZIONE INPS

codice sede

causale  
contributomatricola 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

0,00 D

0,00

0,00

## SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione

anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

0,00 F

0,00

0,00

## SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/  
codice comuneimmo-  
biliare

variaz.

Azz.

Saldo

numero  
immobili

codice tributo

rateazione

anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

0,00 H

0,00

0,00

Detrazione ICI  
abitazione principale

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede

posizione assicurativa  
numero

c.c.

numero  
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (I-L)

TOTALE I

0,00 L

0,00

0,00

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

0,00 N

0,00

0,00

## FIRMA

## SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di  
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO +

200,00

## ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

bancario/postale

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

MOD. F 24 (CI - 2002) EURO - STAMPATO DA INPS

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO





