

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
giorno mese anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

prov.

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE ERARIO

codice tributo rateazione/

regione/prov.

anno di

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

SEZIONE INPS

codice

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/

filiale

azienda

periodo di riferimento

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

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 comune

Ravv.

Immob.

Varia

Apa.

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 RITENUTE PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVE

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

INAIL

codice

ente

codice sede

causale

contributo

codice posizione

periodo di riferimento

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 COMPIERE A CURA DELLA POSTA/CONCESSIONARIO)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

giorno mese anno

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n° _____

cod. ABI _____

CAB _____

firma _____

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

