

28

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE	0 1 4 9 1 3 6 0 4 2 4	Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
cognome, denominazione o ragione sociale		nome
DATI ANAGRAFICI	AMAP	
data di nascita	giorno mese anno	Sesso (M o F)
comune		prov.
comune		prov. via e numero civico
DOMICILIO FISCALE	OSIMO	AN VIA EDISON 2
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	1001	02	2025	799,47	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto				+/-
					SALDO (A-B)
TOTALE A				799,47 B	+

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0300	C10	600270SIMO	02	2025	849,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/-
TOTALE C					849,00 D	+

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
11	3802	02	2024	475,6	,
11	3858	02	2025	300,73	,
				,	,
				,	,
					+/-
TOTALE E				348,29 F	+

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
E783						3848	02	2024	106,4	,
									,	,
									,	,
									,	,
										+/-
TOTALE G									106,4 H	+

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,
							+/-
TOTALE M						N	+

FIRMA	SALDO FINALE
	EURO + 2.007,40

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 ☐ circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro	tratto / emesso su	
0	3	2025					
					cod. ABI	CAB	