

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	provv.
anno	provv.	provv.
comune	provv.	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	04	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	importi a debito versati	importi a credito compensati
0300	C10	600270SIMO	04	2025		849,00	,
						,	,
						,	,
						,	,
							+/-
							SALDO (C-D)
						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	04	2024	4756	,
11	3858	04	2024	300,73	,
				,	,
				,	,
					+/-
					SALDO (E-F)
				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						3847	04	2025	507	,
E783						3848	04	2024	1064	,
									,	,
									,	,
										+/-
										SALDO (G-H)
detrazione									TOTALE G	
									1571 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					,	,
					,	,
					,	,
						+/-
						SALDO (I-L)
					TOTALE I	
						L

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

FIRMA	SALDO FINALE
	EURO + 2.012,47

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
giorno	azienda	CAB/SPORTELLLO	☐ circolare/vaglia postale
0 5			
2 0			
2 5			
		tratto / emesso su	cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN	IT	firma
--	----	-------

Scadenza 16 Maggio 2025

1a COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013