

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 1 4 9 1 3 16 10 14 12 14 1 1 1 1 1
 cognome, denominazione o ragione sociale

**Barre in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare**

DATI ANAGRAFICI

DMDP

data di nascita

giorno	mese	anno
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

PROY.

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
		1001	03	2025	81554	,
IMPOSTE DIRETTE - IVA					,	,
RITENUTE ALLA FONTE					,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					,	,
					,	,
					,	,
codice ufficio	codice atto					+/= SALDO (A-B)
TOTALE				A	81554B	, + 81554

SEZIONE INPS

codice sede	cassa contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	a		
			mm/aaaa	mm/aaaa		
0300	C10	600270SIMO	03	2025	84900	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/-
		TOTALE			C 84900D	+ 84900

SEZIONE REGIONI

[illegible]**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente / codice comune	Ravv.	improb. variaz.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
E783						3847	03	2025	507	,
E783						3848	03	2024	1064	,
									,	,
									,	,
										+/- SALDO (G-H)
delrazione							TOTALE	G	1571H	+ 1571

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	,	,	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2.028,54

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	meso	anno	AZIENDA	CAR/SPORTELLLO
1	04	2025		

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

Scadenza 16 Aprile 2025

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