

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	04	2025	799,47	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
codice ufficio	codice atto			,	,	+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				799,47 B	,	+ 799,47

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	04	2025	849,00	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	+/- SALDO (C-D)
TOTALE C					849,00 D	,	+ 849,00

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				34829 F	,	+ 34829

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)
TOTALE G									1571 H	,	+ 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	,	, ,	
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	
						,	,	
						,	,	+/- 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	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro	☐ circolare/vaglia postale
05	20	25			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