

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	comune (o Stato estero) di nascita	
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	07	2025	80483	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				80483B	,	80483

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	07	2025		84900	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	+/- SALDO (C-D)
TOTALE C						84900D	,	84900

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
11	3802	07	2024	4753	,	
11	3858	07	2025	30073	,	
				,	,	
				,	,	+/- SALDO (E-F)
TOTALE E				34826F	,	34826

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	07	2025	507	,	
E783						3848	07	2024	1064	,	
									,	,	
									,	,	+/- SALDO (G-H)
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	,			
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	2.017,80
--------------	---------------------	------	-----------------

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
08	20	2025			tratto / emesso su	
					cod. ABI	CAB

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

Scadenza 20 Agosto 2025

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

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