Scadenza del 16-04-2026

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: INTESA SANPAOLO SPA

AGENZIA ANCONA CORSO STAMIRA PROV. AN

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 01491360424

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: AGENZIA PER L INNOVAZIONE NEL SETTORE AGROALIMENTARE E DELLA

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: OSIMO

prov.: AN

via e numero civico: Via T. 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	0003	2026	403,22	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio

codice atto

TOTALE A 403,22 B

+/- **SALDO (A-B)** + 403,22

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0300	C10	60027OSIMO	03 2026		462,72	

TOTALE C 462,72 D

+/- **SALDO (C-D)** + 462,72

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
11	3858	0003	2026	163,88	

TOTALE E 163,88 F

+/- **SALDO (E-F)** + 163,88

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione

TOTALE G H

+/- **SALDO (G-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

+/- **SALDO (I-L)**

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE M N

+/- **SALDO (M-N)**

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 1.029,82

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 16	mese 04	anno 2026	03069	02609

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT 86N0306902609100000300012

firma

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

ZUCCHETTI S.p.A. - Piazza Mino Zucchetti, 1 - 26900 Lodi

Conforme al Provvedimento del 19/06/2013

MOD. F24 - 2013 EURO