

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

R S S M R A 8 0 S 5 0 Z 2 2 2 C

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

**DATI ANAGRAFICI**

ROSSI

nome

MARIA

data di nascita

giorno mese anno  
1 0 1 1 1 9 8 0

Sesso (M o F)

F

comune (o Stato estero) di nascita

INDIA

prov.

E E

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** ROMA

R M

VIA GIULIA 17

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/  
prov./mese rif.

anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**B**

**SALDO (A-B)**

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/  
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:  
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE C**

**D**

**SALDO (C-D)**

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

0 8

codice tributo

8846

rateazione/  
mese rif.

00/00

anno di  
riferimento

2026

importi a debito versati

700,00

importi a credito compensati

**TOTALE E**

**F**

**SALDO (E-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

**TOTALE G**

**H**

**SALDO (G-H)**

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E 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

da mm/aaaa

periodo di riferimento:  
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE M**

**N**

**SALDO (M-N)**

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

EURO +

700,00

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno

☐

bancario/postale

n.ro

☐

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su  
conto corrente codice IBAN

I T

firma