AGENZIA DELLE ENTRATE

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE**

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

**DATI ANAGRAFICI**

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita (giorno, mese, anno) — sesso (M o F) — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

**DOMICILIO FISCALE**

comune — prov. — via e numero civico

## SEZIONE ERARIO

| | codice tributo | rateazione/ regione/prov. | anno di riferimento | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|
| **IMPOSTE DIRETTE – IVA** | | | | , | , |
| **RITENUTE ALLA FONTE** | | | | , | , |
| **ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI** | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| **TOTALE** | | | **A** | 0,00 **B** | 0,00 |

+/- **SALDO (A-B)** 0,00

codice ufficio — codice atto

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | **TOTALE** **C** | 0,00 **D** | 0,00 |

+/- **SALDO (C-D)** 0,00

## SEZIONE REGIONI

| codice regione | codice tributo | rateazione | anno di riferimento | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | | , | , |
| | | | **TOTALE** **E** | 0,00 **F** | 0,00 |

+/- **SALDO (E-F)** 0,00

## SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

| codice ente/ codice comune | Ravv. | Immob. variati | Acc. | Saldo | numero immobili | codice tributo | rateazione | anno di riferimento | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | **TOTALE** **G** | 0,00 **H** | 0,00 |

+/- **SALDO (G-H)** 0,00

Detrazione ICI abitazione principale ,

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

| | codice sede | posizione assicurativa numero | c.c. | numero di riferimento | causale | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INAIL** | | | | | | , | , |
| | | | | | | , | , |
| | | | | | | , | , |
| | | | | | **TOTALE** **I** | 0,00 **L** | 0,00 |

+/- **SALDO (I-L)** 0,00

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 0 0 5 | BR | ODCL | 00155 | 01 2019 | 12 2019 | 190,00 | , |
| | BR | BR00 | 00155 | 01 2019 | 12 2019 | 330,00 | , |
| | | | | | **TOTALE** **M** | 520,00 **N** | 0,00 |

+/- **SALDO (M-N)** 520,00

## FIRMA

## SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

**EURO** + 520,00

## ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

| DATA | | | CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO | |
|---|---|---|---|---|
| | | | AZIENDA | CAB/SPORTELLO |
| giorno | mese | anno | | |

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

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

MOD. F 24 ICI – 2002 EURO - STAMPATO DA INPS