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					

+/- **SALDO (A-B)**

codice ufficio | codice atto

TOTALE A 0,00 **B** 0,00 | 0,00

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

+/- **SALDO (C-D)**

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

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E 0,00 **F** 0,00 | 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

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G 0,00 **H** 0,00 | 0,00

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	posizione assicurativa numero	posizione assicurativa c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							

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

TOTALE I 0,00 **L** 0,00 | 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 2023	12 2023	190,00	
	BR	BR00	00155	01 2023	12 2023	330,00	

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

TOTALE M 520,00 **N** 0,00 | 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 (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO — AZIENDA | CAB/SPORTELLO

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