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				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

codice ufficio — codice atto

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

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	Rav.	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 contribut.	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 0 0 5	BA	ODCL	numero iscrizione	01 2020	12 2020	190,00	,
	BA	BAOO	numero iscrizione	01 2020	12 2020	210,00	,

TOTALE M 400,00 **N** 0,00 +/- **SALDO (M-N)** 400,00

FIRMA

SALDO FINALE

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

EURO + 400,00

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO	
giorno mese anno	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