

DELEGA IRREVOCABILE A: _____

AGENZIA _____ PROV. _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE VERIFICARE L'ESATTEZZA DEL PROPRIO CODICE FISCALE

CODICE FISCALE R S S M R A 7 0 A 2 5 L 7 3 6 H

codice ufficio _____ codice atto _____

DATI ANAGRAFICI

ROSSI

MARIO

COMPILARE SOLO QUESTI CAMPI

data di nascita

prov. _____

giorno mese anno

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

codice identificativo _____

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

6 0 0 0 4 5 0 4 0 0 0 0 0 1 6 9

DA RIPORTARE SOLO SE SI COMPILA UN NUOVO MODELLO

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variabili	acc.	saldo	num. immob.	rateazi. mese	ratea	amm. ratea	amm. ratea	amm. ratea	amm. ratea	amm. ratea	amm. ratea	amm. ratea
E L	3955	L 7 3 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0101	2013							
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

FIRMA

Campo non compilabile
Il modello deve essere
firmato a mano

FAC SIMILE

SALDO FINALE

EURO + 30,89

Autorizzo addebito su C/C IBAN I T

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno
 bancario/postale
 circolare/vaglia postale

giorno mese anno

AZIENDA CAB/SPORTELLLO

n.ro _____
tratto / emesso su _____
cod. ABI CAB