AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. **F24**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE C G N N M E 6 8 R 2 9 H 5 0 1 Z

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: COGNOME

nome: NOME

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

DOMICILIO FISCALE

comune: AOSTA | prov.: A O | via e numero civico

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE – IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione / regione / prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

+/– **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	periodo di riferimento: 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

INAIL

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

+/– **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	periodo di riferimento: a mm / aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 0 0 5	AO	ODCL	00001	01 2018	12 2018	190,00	,
	AO	AO00	00001	01 2018	12 2018	240,00	,

+/– **SALDO (M-N)**

TOTALE M 430,00 **N** 0,00 | 430,00

FIRMA

SALDO FINALE

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

EURO + 430,00

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 _____

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

1ª COPIA PER LA BANCA / POSTE / CONCESSIONARIO