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

DOMICILIO FISCALE

comune	prov.	via e numero civico
AOSTA	A O	

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	periodo di riferimento: 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	posizione assicurativa 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	periodo di riferimento: a mm / aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 0 0 5	AO	ODCL	0000+(num. iscrizione albo)	01 2020	12 2020	190,00	
	AO	AO00	0000+(num. iscrizione albo)	01 2020	12 2020	240,00	

TOTALE M 430,00 **N** 0,00 +/– **SALDO (M-N)** 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	CODICE BANCA / POSTE / CONCESSIONARIO – 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