

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE													
CODICE FISCALE										codice ufficio		codice atto	
cognome, denominazione o ragione sociale										nome			
DATI ANAGRAFICI													
data di nascita				sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita				prov.			
giorno				anno									
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare										codice identificativo			
MOTIVO DEL PAGAMENTO													
IDENTIFICATIVO OPERAZIONE													
Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immo. variab.	acc.	soldo	num. immob.	rateazione/mese ril.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E R	TSC2								2025		15,13		
										SALDO FINALE		EURO + 15,13	
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPLETARE ALLA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)													
DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				Pagamento effettuato con assegno						
giorno			AZIENDA				n.ro						
anno			CAB/SPORTELLI				tratto / emesso su						
							cod. ABI CAB						
											☐ bancario/postale		
											☐ circolare/vaglia postale		

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE													
CODICE FISCALE										codice ufficio		codice atto	
cognome, denominazione o ragione sociale										nome			
DATI ANAGRAFICI													
data di nascita				sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita				prov.			
giorno				anno									
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare										codice identificativo			
MOTIVO DEL PAGAMENTO													
IDENTIFICATIVO OPERAZIONE													
Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immo. variab.	acc.	soldo	num. immob.	rateazione/mese ril.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E R	TSC2								2025		15,13		
										SALDO FINALE		EURO + 15,13	
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPLETARE ALLA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)													
DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				Pagamento effettuato con assegno						
giorno			AZIENDA				n.ro						
anno			CAB/SPORTELLI				tratto / emesso su						
							cod. ABI CAB						
											☐ bancario/postale		
											☐ circolare/vaglia postale		

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE