

28

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE	0 1 4 9 1 3 6 0 4 2 4	Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
cognome, denominazione o ragione sociale		nome
DATI ANAGRAFICI	AMAP	
data di nascita	giorno mese anno	Sesso (M o F)
comune		comune (o Stato estero) di nascita
prov.		prov.
via e numero civico		
DOMICILIO FISCALE	OSIMO	AN VIA EDISON 2
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare		codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	12	2025	54345	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
codice ufficio	codice atto				+/-
TOTALE A				54345B	SALDO (A-B)
					+ 54345

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0300	C10	600270SIMO	12	2025	967,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
TOTALE C					967,00D	SALDO (C-D)
						+ 967,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
11	3858	12	2025	34255	,
				,	,
				,	,
				,	,
TOTALE E				34255F	SALDO (E-F)
					+ 34255

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
TOTALE G									H	SALDO (G-H)
										+ ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

					importi a debito versati		importi a credito compensati		
INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale				
						,		,	
						,		,	
						,		,	
						,		+/−	
TOTALE					I			SALDO (I−L)	
						,	L	,	
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati	
							,		,
							,		,
							,		+/−
TOTALE					M		N	,	
									,

FIRMA	SALDO FINALE
	EURO + 1.853,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	☐ bancario/postale
0	2	20			☐ circolare/vaglia postale
tratto / emesso su				cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT	firma _____
--	-------------

Scadenza 16 Febbraio 2026

1a COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013