

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA**
AGENZIA _____ PROV. _____
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE Inserire **CODICE FISCALE STUDENTE** barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI Inserire **DATI ANAGRAFICI STUDENTE**
cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____
data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno

DOMICILIO FISCALE _____
comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare Inserire **CODICE FISCALE GENITORE** _____
codice identificativo **0 2**

SEZIONE ERARIO

		codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI		TSC1	==	2020	6,04		
		TSC2	==	2020	15,13		
TOTALE A					21,17 B		SALDO (A-B)
							2117

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C					D	SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E					F	SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Ravv.	immob. variati	Acc.	Saldo						
TOTALE G								H	SALDO (G-H)	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice ente	codice sede	causale contributo	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I							L	SALDO (I-L)	

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N	SALDO (M-N)	

FIRMA **FIRMA GENITORE** **EURO + 21,17**

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

DATA _____

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
 AZIENDA _____ CAB/SPORETTO _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____