

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV

barrare in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 giorno _____ mese _____ anno _____
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE FONTANAFREDDA

P N VIA BRIGATA OSOPPO 174

CODICE FISCALE del coobbligato, erede,
genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

	codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
	1040	02	2016	374,25	0,00
IMPOSTE DIRETTE - IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

							+/-	SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto							
					TOTALE A	374,25B	0,00	374,25

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

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

						TOTALE		
codice ente/ codice comune	Immob. valutati	Acc.	Saldo immobili	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE: rateazione/ mese rif.	piano di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
							,	, , ,
							,	, , ,
							,	, , ,
							,	+/- SALDO (G-H)
detrattione					TOTALE	G	H	

	codice sede	codice ditta	c.c.	numeri di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL								
								+/- SALDO (I-L)
TOTALE								

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

EURO + 374,25

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DATA

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

giorno		mese		anno	
1	6	0	3	2	0

08356

64880