Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R S S M R A 7 1 T 0 9 H 5 0 1

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: ROSSI

nome: MARIO

data di nascita (giorno, mese, anno): 0 9 1 2 1 9 7 1

sesso (M o F): M

comune (o Stato estero) di nascita: ROMA

prov.: R M

DOMICILIO FISCALE

comune: ROMA

prov.: R M

via e numero civico: VIALE C. COLOMBO 426

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	TVNA		2024	70,00	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
			TOTALE A	70,00 B	

codice ufficio

codice atto

+/- SALDO (A-B) 70,00

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	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	

detrazione

+/- SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							
					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

SALDO FINALE

EURO + 70,00

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

DATA (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA, CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale / circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN I T

firma

MOD. F24 – 2013 EURO

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

FAC-SIMILE ANNUALE