



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

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

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo rateazione/ regione/prov. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

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 anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune Raw. Immob. variabili Acc. Saldo numero immobili codice tributo rateazione anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede posizione assicurativa numero 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

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO +

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Table with columns for DATA, CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO (AZIENDA, CAB/SPORETELLO), and Payment method (bancario/postale, circolare/vaglia postale) with fields for n.ro and tratto/emesso su.

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

Grid for tax code

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

Cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

Data di nascita (giorno, mese, anno) and sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

Comune, prov., via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

Table with columns: codice tributo, rateazione/regione/prov., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati

SALDO (A-B)

TOTALE A

B

SEZIONE INPS

Table with columns: 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

SALDO (C-D)

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

Table with columns: codice regione, codice tributo, rateazione, anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

F

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

Table with columns: codice ente/codice comune, Rawv., Immob. variabili, Acc., Saldo, numero immobili, codice tributo, rateazione, anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

H

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

Table with columns: codice sede, posizione assicurativa numero, c.c., numero di riferimento, causale, importi a debito versati, importi a credito compensati

INAIL

SALDO (I-L)

TOTALE I

L

Table with columns: 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

SALDO (M-N)

TOTALE M

N

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO +

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Form for payment details: DATA (giorno, mese, anno), CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO (AZIENDA, CAB/SPORTELO), Pagamento effettuato con assegno (bancario/postale, circolare/vaglia postale), n.ro, tratto / emesso su, cod. ABI, CAB



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE _____

PROV. _____

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

DATI ANAGRAFICI

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

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
TOTALE A			_____,____	_____,____	+/- SALDO (A-B) _____,____

codice ufficio _____ codice atto _____

SEZIONE INPS

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

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

Detrazione ICI abitazione principale _____

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
_____	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____,____	
TOTALE I					_____,____	_____,____	+/- 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					_____,____	_____,____	+/- SALDO (M-N) _____,____

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare **EURO** + _____,____

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno	n.ro _____
tratto / emesso su _____			tratto / emesso su _____
			cod. ABI _____ CAB _____