

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

9 | 7 | 0 | 0 | 3 | 5 | 7 | 0 | 5 | 8 | 3 | | | | |

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

COOPERATIVA CULTURALE LABORATORIO 2001 SOCIETA' COOPERATIVA

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

ROMA

R | M

VIA DEI VOLSCI 56 PIANO 1

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/
prov./ mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

3010

RM

2011

280,25

0,00

3012

RM

2010

207,00

0,00

3014

RM

2011

14,00

0,00

6099

2009

0,00

501,25

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

501,25B

501,25

+/- **SALDO (A-B)**

0,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (C-D)****TOTALE C**

D

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (E-F)****TOTALE E**

F

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALIcodice 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

+/- **SALDO (G-H)****TOTALE G**

H

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

+/- **SALDO (I-L)****TOTALE I**

L

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (M-N)****TOTALE M**

N

SALDO FINALE

EURO +

0,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB