

**SI PREGA DI SCRIVERE SULLA QUIETANZA DI PAGAMENTO:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TRASPORTI ECCEZIONALI - PORTO DI.....- ANNO---**

Mod. **F24**

AGENZIA DELLE ENTRATE

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

sexso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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 mese di versamento INPS/codice tributo NPS/rendita 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)

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

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

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO