



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PER L'ACCREDITAMENTO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

data di nascita _____ sesso M o F _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

comune _____ prov. _____ Via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, 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 RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE				A	B	

codice ufficio _____ codice atto _____

SEZIONE INPS

codice sede	causale contrib.	matricola INPS/codice INPS/ 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	

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 LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob.			numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Ravv	Variati	Acc. Saldo							
					0000					
										+/- SALDO (G-H)
TOTALE								G	H	

Detrazione icip abitazione principale _____

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice ente	codice sede	causale contributo	posizione assicurativa		numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
			numero	c.c.					
									+/- SALDO (I-L)
TOTALE							I	L	

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

FIRMA _____ **SALDO FINALE** EURO + 0.00

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
giorno _____	AZIENDA _____	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vagliapostale
mese _____	CAB/SPORTELLO _____	tratto/emesso su _____	
anno _____		cod. ABI _____	CAB _____

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

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PER L'ACCREDITAMENTO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

data di nascita _____ sesso M o F _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

comune _____ prov. _____ Via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE

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

codice identificativo _____

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE -IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE				A	B	

codice ufficio _____ codice atto _____

SEZIONE INPS

codice sede	causale contrib.	matricola INPS/codice INPS/ 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	

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 LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob.				numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Ravv	Variati	Acc.	Saldo							
					0000						
											+/- SALDO (G-H)
TOTALE								G	H		

Detrazione icip
abitazione principale _____

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

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

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 0.00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

CODICE BANCA /POSTE/CONCESSIONARIO _____

AZIENDA _____ CAB/SPORTELLO _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto/emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____

DATA

giorno _____ mese _____ anno _____

