Agenzia Entrate

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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 (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | prov.

comune | prov. | via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

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	TSC3		2021	12,09	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio | codice atto

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

TOTALE A | **B** | 12,09

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

+/- **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 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

detrazione

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

TOTALE 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							

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

TOTALE 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

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

TOTALE M | **N**

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 12,09

ESTREMI DEL VERSAMENTO DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTI 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.to _____

tratto / emesso su _____ (cod. ABI) _____ (CAB)

MOD. F24 – 2013 FILLO

2ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE