

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

codice ufficio codice atto
 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.

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	razv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rit.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC1								2026		6,04	
E R	TSC2								2026		15,13	
											EURO +	21,17

SALDO FINALE

EURO + 21,17

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

DATA: giorno mese anno
 CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLLO
 Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

codice ufficio codice atto
 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.

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	razv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/mese rit.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC1								2026		6,04	
E R	TSC2								2026		15,13	
											EURO +	21,17

SALDO FINALE

EURO + 21,17

Autorizza addebito su c/c IBAN

IT

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

DATA: giorno mese anno
 CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORTELLLO
 Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE