AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE C G N N M E 6 8 R 2 9 H 5 0 1 Z

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: COGNOME

nome: NOME

data di nascita (giorno, mese, anno)

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

DOMICILIO FISCALE

comune: FOGGIA

prov.: F G

via e numero civico

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				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
TOTALE			**A**	0,00 **B**	0,00

+/– **SALDO (A-B)** 0,00

codice ufficio

codice atto

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
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
				TOTALE **C**	0,00 **D**	0,00

+/– **SALDO (C-D)** 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
			TOTALE **E**	0,00 **F**	0,00

+/– **SALDO (E-F)** 0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Ravv.	immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
								TOTALE	**G** 0,00 **H**	0,00

+/– **SALDO (G-H)** 0,00

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** 0,00 **L**	0,00

+/– **SALDO (I-L)** 0,00

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
0 0 0 5	FG	ODCL	00001	01 2015	12 2015	190,00	,
	FG	FG00	00001	01 2015	12 2015	140,00	,
					TOTALE **M**	330,00 **N**	0,00

+/– **SALDO (M-N)** 330,00

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO + 330,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA			CODICE BANCA / POSTE / CONCESSIONARIO	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB / SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

☐ bancario / postale

☐ circolare / vaglia postale

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

1ª COPIA PER LA BANCA / POSTE / CONCESSIONARIO

MOD. F 24 ICI – 2002 EURO - STAMPATO DA INPS