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					

SALDO (A-B)

codice ufficio — codice atto

TOTALE A 0,00 **B** 0,00 — 0,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

SALDO (C-D)

TOTALE C 0,00 **D** 0,00 — 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E 0,00 **F** 0,00 — 0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv	Immob. variati	Acc	Sanz.	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G 0,00 **H** 0,00 — 0,00

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	posizione assicurativa numero	posizione assicurativa c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							

SALDO (I-L)

TOTALE I 0,00 **L** 0,00 — 0,00

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 0 0 5	FG	ODCL	00001	01 2023	12 2023	190,00	
	FG	FG00	00001	01 2023	12 2023	140,00	

SALDO (M-N)

TOTALE M 330,00 **N** 0,00 — 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 (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO — AZIENDA — CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su — cod. ABI — CAB

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

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

MOD. F 24 ICI - 2007 - URO - STAMPATO DA INPS