

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

data di nascita
giorno mese anno

sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

nome

prov.

FM

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

2026

detrazione

importi a debito versati

15 , 13

importi a credito compensati

Sezione:

cod. tributo

codice ente

ravv.

immob. variati

acc.

saldo

num. immob.

rateazione/
mese rif.

anno di riferimento

detrazione

importi a debito versati

15 , 13

importi a credito compensati

SALDO FINALE

EURO +

15 , 13

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro _____

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____

cod. ABI

CAB

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

codice ufficio

codice atto

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

2026

detrazione

importi a debito versati

15 , 13

importi a credito compensati

Sezione:

cod. tributo

codice ente

ravv.

immob. variati

acc.

saldo

num. immob.

rateazione/
mese rif.

anno di riferimento

detrazione

importi a debito versati

15 , 13

importi a credito compensati

SALDO FINALE

EURO +

15 , 13

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AutORIZZAZIONE ADDEBITO
SU C/C IBAN

bancario/postale

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

circolare/vaglia postale

n.ro _____

CAB

tratto / emesso su _____

cod. ABI