AGENZIA DELLE ENTRATE

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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 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

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	0,00 **D**	0,00	0,00

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

codice ente/ codice comune	Ravv.	immobili variati	Acc.	Saldo	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 ,

	codice sede	posizione assicurativa numero	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	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 0 0 5	MI	MI00	00000	01 2026	12 2026	280,00	,	
	MI	ODCL	00000	01 2026	12 2026	220,00	,	-/- **SALDO (M-N)**
					TOTALE M	500,00 **N**	0,00	500,00

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

EURO + 500,00

DATA (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

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 - 2002 EURO STAMPATO DA INPS