Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE X X X X X X X X X X X

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

DATI ANAGRAFICI A.S.D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 TORINO — T O — VIA XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare — codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA	1040	0009	2019	23,00	
RITENUTE ALLA FONTE		MESE DI PAGAMENTO DEL PREMIO			
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio — codice atto

TOTALE A — B — +/- **SALDO (A-B)** + 23,00

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 — D — +/- **SALDO (C-D)**

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E — F — +/- **SALDO (E-F)**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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

detrazione

TOTALE G — H — +/- **SALDO (G-H)**

SEZIONE ERARIO ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

TOTALE I — L — +/- **SALDO (I-L)**

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

TOTALE M — N — +/- **SALDO (M-N)**

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 23,00

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/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno n.ro ____ Tratto / emesso su ____ cod. ABI ____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN I T

firma ____

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MOD. F24 - 2013 EURO