

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE Codice fiscale dello studente barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI
 Dati anagrafici dello studente data di nascita sex (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

DOMICILIO FISCALE comune prov. via e numero civico

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare Codice fiscale del genitore codice identificativo 0 2

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	TSC1		2025	6,04		
	TSC2		2025	15,13		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				TOTALE A	21,17 B	+ 21,17

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

codice ente/codice comune	immob. svariati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE		importi a debito versati	importi a credito compensati	
						rateazione/mese rif.	anno di riferimento			
								TOTALE G	H	+ SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				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 + 21,17

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/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma _____