



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

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____
 Dati anagrafici dello studente: data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE _____

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		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						SALDO (A-B)
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	
						SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						SALDO (E-F)
TOTALE E				F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. svariati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)
TOTALE 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	
							SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							SALDO (M-N)
TOTALE M					N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 21,17

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

DATA _____ **CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE** _____

gorno _____ mese _____ anno _____

AZIENDA _____ CAB/SPORTELLI _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 n.ro _____ circolare/vaglia postale
 tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____

