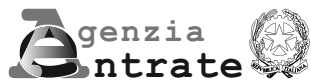


F24

CONTRIBUENTE													
[Blank area for contributor information]													
[Blank area for contributor information]													
[Blank area for contributor information]													
[Blank area for contributor information]													
SEZIONE ERARIO													
[Table with 6 columns for tax amounts]													
[Table with 6 columns for tax amounts]													
[Table with 6 columns for tax amounts]													
[Table with 6 columns for tax amounts]													
SEZIONE INPS													
[Table with 6 columns for INPS amounts]													
[Table with 6 columns for INPS amounts]													
[Table with 6 columns for INPS amounts]													
SEZIONE REGIONI													
[Table with 6 columns for regional amounts]													
[Table with 6 columns for regional amounts]													
[Table with 6 columns for regional amounts]													
SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI													
[Table with 6 columns for local taxes]													
[Table with 6 columns for local taxes]													
[Table with 6 columns for local taxes]													
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI													
[Table with 6 columns for other entities]													
[Table with 6 columns for other entities]													
[Table with 6 columns for other entities]													
FIRMA							SALDO FINALE						
[Signature area]							[Final balance area]						
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)													
[Payment details table]													
[Payment details table]													



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

Mod.

PROV.

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

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

codice identificativo

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
			,	,	
					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	B	

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	

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

codice ente/codice comune	Imm. Ravn. variati	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	

codice sede	posizione assicurativa numero	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	

EURO +

MOD. F24 ICI - 2007 EURO

DATA
giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
AZIENDA CAB/SPORTELLO

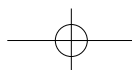
Pagamento effettuato con assegno

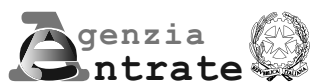
bancario/postale
circolare/vaglia postale

n.ro _____
tratto / emesso su _____
cod. ABI

CAB

2ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE





Mod.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

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

codice identificativo

IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,
					,
					,
					,
					,
					,
					,
			TOTALE A	B	+/- SALDO (A-B)

codice ufficio codice atto

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)

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

codice ente/codice comune	Imm. Ravn. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
									,	
									,	
									,	
									,	
									,	
									,	
								TOTALE G	H	+/- SALDO (G-H)

detrazione ICI abitazione principale

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							,
							,
							,
							,
							,
							,
					TOTALE I	L	+/- SALDO (I-L)

INAIL

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)

EURO +

MOD. F24 ICI - 2007 EURO

DATA

giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro _____

bancario/postale

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____

cod. ABI

CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

