



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

C | G | N | N | M | E | 6 | 8 | R | 2 | 9 | H | 5 | 0 | 1 | Z

Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare P

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

COGNOME

NOME

data di nascita sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

g | o | r | n | o | m | e | s | e | a | n | n | o

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE AREZZO

A | R

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE A			0,00 B	0,00	SALDO (A-B) 0,00

codice ufficio

codice atto

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				0,00 D	0,00	SALDO (C-D) 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E				0,00 F	0,00	SALDO (E-F) 0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	immo- variati	Acc.	Seido	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G								0,00 H	0,00	SALDO (G-H) 0,00

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					0,00 L	0,00	SALDO (I-L) 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	AR	ODCL	00163	01 2011 12 2011	160,00		
	AR	AR00	00163	01 2011 12 2011	300,00		
TOTALE M					460,00 N	0,00	SALDO (M-N) 460,00

FIRMA

SALDO FINALE

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

EURO - 460,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/posiale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mes	anno	AZIENDA	CA3/SPORTILIO	
tratto / emesso su					cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____