AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita (giorno, mese, anno) — sesso (M o F) — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

DOMICILIO FISCALE

comune — prov. — via e numero civico

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
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

+/- **SALDO (A-B)**

codice ufficio — codice atto

TOTALE A , **B** , ,

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 ED ENTI LOCALI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E , **F** , ,

codice ente locale					
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G , **H** , ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

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** , ,

FIRMA

SALDO FINALE

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

EURO + ,

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO – AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

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

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

MOD. F 24 – 2002 EURO

AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita (giorno, mese, anno) — sesso (M o F) — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

DOMICILIO FISCALE

comune — prov. — via e numero civico

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
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

+/- **SALDO (A-B)** ,

codice ufficio — codice atto

TOTALE A , **B** , ,

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

+/- **SALDO (C-D)** ,

TOTALE C , **D** , ,

SEZIONE REGIONI ED ENTI LOCALI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (E-F)** ,

TOTALE E , **F** , ,

codice ente locale					
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (G-H)** ,

TOTALE G , **H** , ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

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	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,
						,	,

+/- **SALDO (M-N)** ,

TOTALE M , **N** , ,

SALDO FINALE

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

EURO + ,

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO – AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

MOD. F 24 – 2002 EURO

2° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita (giorno, mese, anno) — sesso (M o F) — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

DOMICILIO FISCALE

comune — prov. — via e numero civico

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
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

+/- **SALDO (A-B)**

codice ufficio — codice atto

TOTALE A , **B** , ,

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

+/- **SALDO (C-D)**

TOTALE C , **D** , ,

SEZIONE REGIONI ED ENTI LOCALI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (E-F)**

TOTALE E , **F** , ,

codice ente locale					
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G , **H** , ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

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	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,
						,	,

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M , **N** , ,

SALDO FINALE

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

EURO + ,

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO – AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

MOD. F 24 – 2002 EURO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO