



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

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 _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 giorno mese anno _____
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE

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			B		SALDO (A-B)

codice ufficio _____ codice atto _____

SEZIONE INPS

codice sede	causale contribuuto	matricola INPS/codice filiale azienda	INPS/codice INPS/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	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E				F		SALDO (E-F)

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Rawv.	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G									H		SALDO (G-H)

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					L		SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contribuuto	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
<input type="text"/>	Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare <input type="checkbox"/> EURO + _____

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

DATA giorno mese anno _____	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	

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

MOD. F 24 ICI - 2002 - EURO - STAMPATO DA INPS