



**MODELLO DI PAGAMENTO:
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE	giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5. <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE	giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anno	Numero
T B D	<input type="text"/>				
codice	sub. codice (*)				

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

4 5 6 T	Imposta di bollo - CIG 5325340197	16 0 0	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	16 0 0	<input type="text"/>

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____

cod. ABI CAB

firma _____