Mod. **F24**

ENTRATE

N AGAMENTO

ATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CODICE FISCALE codice fiscale IMPRESA

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: COGNOME e NOME IMPRESA INDIVIDUALE o DENOMINAZIONE DELLA SOCIETA'

nome

data di nascita (giorno mese anno): per IMPRESA INDIVIDUALE

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita: per IMPRESA INDIVIDUALE

prov.

DOMICILIO FISCALE

comune: COMUNE SEDE IMPRESA

prov.

via e numero civico: INDIRIZZO SEDE IMPRESA

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					
SA	3850		2002	00	
				,	,
				,	,

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

TOTALE G ,00 **H** , + ,00

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 + ,00

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

n.ro _____

tratto / emesso su _____ (cod. ABI) _____ (CAB)

☐ bancario / postale

☐ circolare / vaglia postale