



DELEGA IRREVOCABILE A: _____
 AGENZIA _____ PROV. _____
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CODICE FISCALE DEL SODALIZIO

NOME DEL SODALIZIO

CITTA' E PROVINCIA DEL

INDICARE CODICE TRIBUTO 1550

INDICARE ANNO

INDICARE IMPORTO

FIRMA DI CHI PRESENTA

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____

DATI ANAGRAFICI RAGIONE SOCIALE _____
 cognome, denominazione o ragione sociale nome _____
 data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____
DOMICILIO FISCALE CITTÀ SEDE _____ **INDIRIZZO** _____

SEZIONE ERARIO

codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1550		2021	200,00		
TOTALE A			200,00	0,00	SALDO (A-B) 200,00

SEZIONE INPS

codice ente/ codice comune	causale contributo	matricola INPS	codice INPS/ liquidazione	rateazione/ da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C						0,00	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	0,00	SALDO (E-F) 0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Rate	Importi	Acc.	Saldo	Importi	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G									0,00	0,00	SALDO (G-H) 0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice ente	codice sede	causale contributo	posizione assicurativa	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I							0,00	0,00	SALDO (I-L) 0,00

TOTALE M 0,00 **N** 0,00 **SALDO (M-N)** 0,00

SALDO FINALE EURO - 200,00

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

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

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