



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		
<b>TOTALE A</b>			200,00	0,00	<b>SALDO (A-B)</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	
<b>TOTALE C</b>						0,00	0,00	<b>SALDO (C-D)</b> 0,00

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE E</b>				0,00	0,00	<b>SALDO (E-F)</b> 0,00

**SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/ codice comune	Rate	Verse	Acc.	Saldo	Importi	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE G</b>									0,00	0,00	<b>SALDO (G-H)</b> 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	
<b>TOTALE I</b>							0,00	0,00	<b>SALDO (I-L)</b> 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 \_\_\_\_\_