Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificata

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE | codice ufficio | codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale | nome | data di nascita (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare | codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO | IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
E	TSC3								2025		12,09	

SALDO FINALE — EURO | 12,09

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DELLA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____ Tratto / emesso su _____ (cod. ABI) _____ (CAB)

Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificata

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE | codice ufficio | codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale | nome | data di nascita (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare | codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO | IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	Importi a debito versati	Importi a credito compensati
E	TSC3								2025		12,09	

SALDO FINALE — EURO | 12,09

FIRMA

Autorizzo addebito su c/c IBAN

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DELLA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____ Tratto / emesso su _____ (cod. ABI) _____ (CAB)