



**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**

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV. CODICE FISCALE
		giorno mese anno

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV. CODICE FISCALE
		giorno mese anno

UNIONE COLLINE MATILDICHE

0 2 3 5 8 2 9 0 3 5 7

**DATI DEL VERSAMENTO**

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
T G 2				Anno Numero
codice sub. codice (*)				

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	BOLLO CIG 8230376123	16 0 0	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 16 0 0

EURO (lettere)

SEDICI /00

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

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPOTELLO
giorno mese anno		

**FIRMA**

--

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

cod. ABI CAB

firma \_\_\_\_\_

MOD. F 23 - 2002 - EURO



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for direct payment to concessionary]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty box for irrevocable delegation]

AGENZIA/UFFICIO [ ] PROV. [ ] PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE [ ] NOME [ ] DATA DI NASCITA [ ] SESSO M o F [ ] COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE [ ] PROV. [ ] CODICE FISCALE [ ]

5. UNIONE COLLINE MATILDICHE COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE [ ] NOME [ ] DATA DI NASCITA [ ] SESSO M o F [ ] COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE [ ] PROV. [ ] CODICE FISCALE 0 2 3 5 8 2 9 0 3 5 7

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE [ T G 2 ] 7. COD. TERRITORIALE (\*) [ ] 8. CONTENZIOSO [ ] 9. CAUSALE [ ] 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO Anno [ ] Numero [ ]

Table with columns: 11. CODICE TRIBUTO (4 5 6 T), 12. DESCRIZIONE (\*) (BOLLO CIG 8230376123), 13. IMPORTO (16,00), 14. COD. DESTINATARIO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

16,00

EURO (lettere)

SEDICI /00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

Table with columns: DATA (giorno, mese, anno), CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE (AZIENDA, CAB/SPORETELLO)

[Large empty box for payment details]



**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**

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>		DATA DI NASCITA <input type="text"/>	
SESSO M o F <input type="text"/>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>		

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE <b>UNIONE COLLINE MATILDICHE</b>		NOME <input type="text"/>		DATA DI NASCITA <input type="text"/>	
SESSO M o F <input type="text"/>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>	CODICE FISCALE <b>0 2 3 5 8 2 9 0 3 5 7</b>		

**DATI DEL VERSAMENTO**

6. UFFICIO O ENTE <input type="text"/>	7. COD. TERRITORIALE (*) <input type="text"/>	8. CONTENZIOSO <input type="text"/>	9. CAUSALE <input type="text"/>	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO Anno <input type="text"/> Numero <input type="text"/>
---	--	--	------------------------------------	--

11. CODICE TRIBUTO <b>4 5 6 T</b>	12. DESCRIZIONE (*) <b>BOLLO CIG 8230376123</b>	13. IMPORTO <b>16, 0 0</b>	14. COD. DESTINATARIO <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	
			AZIENDA	CAB/SPORELLLO
giorno	mese	anno		