CDL NEO ISCRITO - X I PRIMI 3 ANNI - CDL NEW
QUOTA 2025

AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE C G N N M E 6 8 R 2 9 H 5 0 1 Z

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: COGNOME

nome: NOME

data di nascita (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | prov.

DOMICILIO FISCALE

comune: MODENA | prov.: M O | via e numero civico

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio | codice atto

TOTALE A 0,00 **B** 0,00 | **SALDO (A-B)** 0,00

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

TOTALE C 0,00 **D** 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 **F** 0,00 | **SALDO (E-F)** 0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Rew	immob variati	Acc	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE G 0,00 **H** 0,00 | **SALDO (G-H)** 0,00

Detrazione ICI abitazione principale

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

TOTALE I 0,00 **L** 0,00 | **SALDO (I-L)** 0,00

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
0 0 0 5	MO	ODCL	000000XXX (NB: vedi istruzioni)	01 2025	12 2025	220,00	
	MO	MO00	00X0000XX (NB: vedi istruzioni)	01 2025	12 2025	440,00	

TOTALE M 660,00 **N** 0,00 | **SALDO (M-N)** 660,00

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO - 660,00

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO – AZIENDA	CAB/SPORTELLO
1 6 0 2 2 0 2 5		

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

n.ro _____

tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

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

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

MOD. F24 ICI 2002 EURO STAMPATO DA INPS