



**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

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. **OPERATORE ECONOMICO CONCORRENTE**

CIG: **7839015FCE**

giorno	mese	anno

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

--	--

--

--

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5. **UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO**

CIG: **7839015FCE**

giorno	mese	anno

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

	VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI
--	---------------------------------

R I

9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

6. **UFFICIO O ENTE**

7. **COD. TERRITORIALE (*)** 8. **CONTENZIOSO** 9. **CAUSALE**

10. **ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO**

T K G					
codice	sub. codice (*)				Anno Numero

11. **CODICE TRIBUTO**

12. **DESCRIZIONE (*)**

13. **IMPORTO**

14. **COD. DESTINATARIO**

4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	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			

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO



**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

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

<small>COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE</small>	<small>NOME</small>	<small>DATA DI NASCITA</small>
5. UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO		
<small>SESSO M o F</small>	<small>COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE</small>	<small>PROV.</small>
<small>CODICE FISCALE</small>	<small>giorno mese anno</small>	

VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI R I 9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

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

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	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	
	<small>AZIENDA</small>	<small>CAB/SPORETTOLO</small>
<small>giorno mese anno</small>		

--



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

5. UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO	NOME	DATA DI NASCITA
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV. CODICE FISCALE
	VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI	giorno mese anno
	RI	9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

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

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	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/SPORTELLO
giorno mese anno		

--