Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: UniCredit S.p.A. Frosinone V.le Roma, Via Roma 100, 03100 Frosinone FR

AGENZIA PROV

16/09/2026 47768 90001 ***********1 COMPENSO3 DEU

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 01633570609

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

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: PROVINCIA DI FROSINONE — nome:

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

DOMICILIO FISCALE comune: FROSINONE — prov.: FR — via e numero civico: PIAZZA. GRAMSCI,13

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare: DCNRRT83R20I838Z — codice identificativo: 51

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE – IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

codice ufficio — codice atto — TOTALE A — B — SALDO (A-B)

UniCredit S.p.A. 16 SET 2026 FROSINONE V.LE ROMA, 100

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
3300	CRN	21797367262100351	01/25	12/25	1.174,03	
TOTALE					C 1.174,03	D

SALDO (C-D) + 1.174,03

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E — F — SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione — TOTALE G — H — SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE I — L — SALDO (I-L)

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

TOTALE M — N — SALDO (M-N)

FIRMA

IL DIRIGENTE
Dott. Antonio DI SORA

Provincia di Frosinone

SALDO FINALE

EURO + 1.174,03

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI 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

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT — firma

MOD. F24 - 2013 EURO