

**CONTRIBUENTE**

CODICE FISCALE	M D R L N E 7 5 T 4 4 Z 1 3 1 L										Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare		☐
	cognome, denominazione o ragione sociale										nome		
DATI ANAGRAFICI	MADARNAS GONZALEZ										ELENA		
	data di nascita		giorno		mese		anno		sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita		prov.
	0 4		1 2		1 9 7 5		F		SPAGNA				
DOMICILIO FISCALE	comune										prov.		via e numero civico
	CURNO										BG		VIA GANDHI, 9

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazioni/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	1040		2005	65,00	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	+/- SALDO (A - B)
codice ufficio	codice atto	TOTALE	A	65,00	B	+ 65,00

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	
					/	/	
					/	/	
					/	/	
					/	/	
					/	/	+/- SALDO (C - D)
TOTALE				C		D	

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				/	/	
				/	/	
				/	/	
				/	/	
				/	/	+/- SALDO (E - F)
			TOTALE E	F		

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	Numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati		importi a credito compensati			
										/		/		
										/		/		
										/		/		
										/		/		
										/		/	+/- SALDO (G - H)	
TOTALE									G		/	H	/	/

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL	codice sede		posizione assicurativa		c.c.		numero di riferimento		causale		importi a debito versati		importi a credito compensati			
			numero													
TOTALE											I		L		+/ -	SALDO (I - L)
codice ente		codice sede		causale contributo		codice posizione		da mm/aaaa		periodo di riferimento: a mm/aaaa		importi a debito versati		importi a credito compensati		
TOTALE											M		N		+/ -	SALDO (M - N)

FIRMA

	Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare	EURO	+	65,00
--	--	------	---	--------------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno	bancario/postale circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORELLO		
giorno	mele	aaaa	05428	11103	n.ro _____ tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____
1 6	0 1	2 0 0 6				
Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° 72050			cod. ABI 05428	CAB 11103	firma _____	

