Allegato 3

Mod. **F23**

AGENZIA DELLE ENTRATE

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: DATI DEL SOGGETTO CHE HA TRASGREDITO

NOME

DATA DI NASCITA (giorno mese anno)

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

NOME

DATA DI NASCITA (giorno mese anno)

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: P.zza Roma, 22 ANCONA

PROV.: A N

CODICE FISCALE: 0 0 3 8 2 5 2 0 4 2 7

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: T Q D (codice) — sub. codice (*)

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

Anno: 2 0 2 3 — Numero: 2 0 2 3 / 1 / X X X X

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 3 1 T	INFRAZIONE AL DIVIETO DI FUMO Inserire il nome della struttura dove è avvenuta la violazione	55, 00	

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	
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____

cod. ABI CAB

firma _____

MOD. F 23 – 2002 EURO

Sono evidenziate in giallo le parti del modulo da modificare di volta in volta: dati del soggetto che ha trasgredito, codice dell'Ufficio di Pagamento (TQD è l'Ufficio territoriale di Ancona), il numero di verbale e il nome della struttura in cui è avvenuta la violazione.