AL DIRIGENTE
Liceo Artistico Statale
“ M. M. LAZZARO “
CATANIA
ctsd02000e@istruzione.it

Oggetto: Ritiro Diploma Esami di Stato Anno Scolastico ……/..…..…...

Il/La sottoscritto/a ……..……

nato/a a ……...…… il ……..……..

residente a …… Via …… N° ……..

Tel. ……

C H I E D E

alla S.V. Ill.ma il rilascio del **DIPLOMA** originale degli **Esami di Stato**

Specializzazione ……...…….

conseguito nell’Anno Scolastico …… / ……

Allega alla presente ricevuta di € 15,13

Data ……..

Firma

……..

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale | nome

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

DOMICILIO FISCALE

comune | prov. | via e numero civico

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA	TSC4			15,13	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio | codice atto

TOTALE A 15,13 **B** 0,00 | +/- **SALDO (A-B)** + 15,13

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/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E 0,00 **F** 0,00 | +/- **SALDO (E-F)** + 0,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

detrazione

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

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 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

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 15,13

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

firma

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MOD. F24 – 2012 EURO