

RICHIESTA DI REGISTRAZIONE E ADEMPIMENTI SUCCESSIVI

MOD. 69

MODULARIO
ENTRATE-007

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SERIE	NUMERO	DATA	TRIBUTI	IMPORTI	RETTIFICHE AI CODICI DI TRIBUTATO e/o RELATIVI IMPORTI		
					SERIE	NUMERO	DATA
3	788	22/04/2024	REGISTRO ALTRO ERARIO	0,00 200,00	T6D24L000788000JJ codice identificativo per eventuali adempimenti successivi		
			ALTRE AZIENDE	0,00	DA	A	IMPORTO
			TOTALE	200,00			

IMPORTO VERSATO EURO 200,00 TOT. SOGG.: 1 TOT. NEG.: 1

T6D

CODICE UFFICIO T6D	Si convalidano, sulla base del contenuto dell'atto, i dati risultanti dai Quadri A, B, C e D (E e F)	L'IMPIEGATO ADDETTO ALLA TASSAZIONE	L'IMPIEGATO ADDETTO ALLA REGISTRAZIONE
-----------------------	---	--	---

QUADRO A DATI GENERALI

ALL'UFFICIO DI:	TREVISO			Foglio N. / di tot.	N. DI REPERTORIO
RICHIEDENTE LA REGISTRAZIONE	CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE LA REGISTRAZIONE	DATA DI STIPULA/ADEMPIMENTO	DATA FINE PROROGA		
	9417922026708042024				
TIPOLOGIA DELL'ATTO	ADEMPIMENTO		USO ABITATIVO		
ATTO PRIVATO - ATTO COSTITUTIVO E STATUTO	☒ Res ☐ Pro ☐ Ces ☐ Ris		☐ SI		

QUADRO B SOGGETTI DESTINATARI DEGLI EFFETTI GIURIDICI DELL'ATTO

N. ORD.	CODICE FISCALE	COGNOME O DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE			
1	94179220267	ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE ICERCANOME			
NOME	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA	SESSO	
DOMICILIO FISCALE: C.A.P. E COMUNE	PROVINCIA	VIA O PIAZZA	N. CIVICO		
31100 TREVISO	TV	VIALE BRIGATA TREVISO	24/C		
N. ORD.	CODICE FISCALE	COGNOME O DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE			
NOME	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA	SESSO	
DOMICILIO FISCALE: C.A.P. E COMUNE	PROVINCIA	VIA O PIAZZA	N. CIVICO		
N. ORD.	CODICE FISCALE	COGNOME O DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE			
NOME	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA	SESSO	
DOMICILIO FISCALE: C.A.P. E COMUNE	PROVINCIA	VIA O PIAZZA	N. CIVICO		
N. ORD.	CODICE FISCALE	COGNOME O DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE			
NOME	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA	SESSO	
DOMICILIO FISCALE: C.A.P. E COMUNE	PROVINCIA	VIA O PIAZZA	N. CIVICO		
N. ORD.	CODICE FISCALE	COGNOME O DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE			
NOME	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA	SESSO	
DOMICILIO FISCALE: C.A.P. E COMUNE	PROVINCIA	VIA O PIAZZA	N. CIVICO		

DELEGA PREVOCABILE A: **INTESA SAN PAOLO S.p.A.**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCORDO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CODICE FISCALE

94179220267

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE I CERCANDONE

nome

data di nascita
giorno mese anno
sesso (M/F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

DOMICILIO FISCALE

TREVISO

prov. via e numero civico

T.V. VIALE BRIGATA TREVISO 21/C

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

codice identificativo

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo
1550

rateazione/regione/
prov./mese rif.

anno di
riferimento
2024

importi a debito versati
200,00

importi a credito compensati

SALDO (A-B)

200,00

TOTALE A

B

codice ufficio codice otto

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
titolo azienda

periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (C-D)

TOTALE C

D

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

F

codice ente/
codice comune

tributo
Rete. variati Acc. Saldo
rimborzi immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

H

derogazione

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

PAGATO

16 APR. 2024

SALDO (I-L)

TOTALE

INTESA SANPAOLO S.p.A.
Filiale Treviso Via Indipendenza - 50427

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

SALDO (M-N)

TOTALE M

N

San Mauro Cuvaca

EURO 200,00

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAUSALE

Pagamento effettuato con assegno

DATA

EMESSO SU

cod. ABI

CAB

☐ bancario/postale
☐ circolare/vaglia postale