



1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

Empty box for the payee name.

2. DELEGA IRREVOCABILE A

Empty box for the delegatee name.

**MODELLO DI PAGAMENTO:
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI
E ALTRE ENTRATE**

AGENZIA/UFFICIO _____ PROV. _____
PER L'ACREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*) **T J P 2 0 1 7 7 1 0 0 0 0 2 5 0 6**

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE** | NOME: _____ | DATA DI NASCITA: _____

SESSO M o F: M F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **ROMA** | PROV.: **R, M** | CODICE FISCALE: **8, 0, 0, 3, 4, 3, 9, 0, 5, 8, 5, , ,**

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: _____ | NOME: _____ | DATA DI NASCITA: _____

SESSO M o F: M F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____ | PROV.: _____ | CODICE FISCALE: _____

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **T J P** | 7. COD. TERRITORIALE (*): _____ | 8. CONTENZIOSO: | 9. CAUSALE: **R, G** | 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: **2, 0, 1, 6, 0, 0, 2, S, C, 0, 0, 0, 0, 0, 1, 1, 3, 2, 0**

codice sub. codice (*) Anno Numero


11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 0 9 T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	200,00	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		200,00	

EURO (lettere)
DUECENTO/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno mese anno		

DIPARTIMENTO VII SERVIZIO 1°
GESTIONE APPALTI
VIABILITÀ CONCESSIONI ED ESPROPRI
IL DIRETTORE
Dr. Paolo BERNO





1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

Empty box for direct payment to the concessionaire

2. DELEGA IRREVOCABILE A

Empty box for irrevocable delegation

MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

T J P 2 0 1 7 7 1 0 0 0 2 5 0 6

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

4. CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

Input field for sex

ROMA

R M

8 0 0 3 4 3 9 0 5 8 5

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

5. Empty box for second anagraphic data

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

Input field for sex

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

T J P

Empty box for territorial code

Empty box for contentious

R G

2 0 1 6 0 0 2 S C 0 0 0 0 0 0 1 1 3 2 0

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

1 0 9 T

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.

200,00

Empty box for destination code

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

200,00

EURO (lettere)

DUECENTO/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE

Table with columns for DATA and CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE (AZIENDA, CAB/SPORTELO)

FIRMA

DIPARTIMENTO VI SERVIZI I GESTIONE AMM.VA APPALTI VIABILITA' CONCESSIONI ED ESPROPRI IL DIRUTTORE DR. PIERLUIGI...

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____

cod. ABI

CAB

firma _____



**MODELLO DI PAGAMENTO:
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

T	J	P	2	0	1	7	7	1	0	0	0	0	2	5	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

4. CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno

messe

anno

--

ROMA

R	M
---	---

8	0	0	3	4	3	9	0	5	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5.

SESSO M o F

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno

messe

anno

--

--

--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

T	J	P
---	---	---

--	--

--	--	--	--

--

R	G
---	---

2	0	1	6	0	0	2	S	C	0	0	0	0	0	1	1	3	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

1	0	9	T

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.

200,00

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

200,00

EURO (lettere)

DUECENTO/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
giorno	messe	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

DIPARTIMENTO SERVIZIO I
 GESTIONE IMPLVA APPALTI
 VIABILITÀ CONCESSIONI ED ESPROPRI
 IL DIRETTORE
 Dr. Paolo BERNO