





AC 2014  
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI





*Codice Fiscale* **GDNSRN69S69B034Y** *Sesso* **F**

*Cognome* **GODANI**  
*Nome* **SABRINA**  
*Luogo di nascita* **FIDENZA**

*Data di scadenza* **03/11/2020** *Provincia* **PR**

*Data di nascita* **29/11/1969**

*Dati sanitari regionali*  
**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA





3 Cognome  
**GODANI**

4 Nome  
**SABRINA**

5 Data di nascita  
**29/11/1969**

6 Numero identificazione personale  
**GDNSRN69S69B034Y**

7 Numero identificazione dell'istituzione  
**SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera  
**80380000800118425018**

9 Scadenza  
**03/11/2020**