

OT 2015

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA

# TESSERA SANITARIA

CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



*Codice  
Fiscale*

**RSLSFN97R15F912A**

*Sesso* **M**

*Cognome* **ROSOLIA**

*Nome* **STEFANO**

*Luogo  
di nascita* **NOCERA INFERIORE**

*Provincia* **SA**

*Data  
di nascita* **15/10/1997**

*Data di  
scadenza*

**23/07/2021**

*Dati sanitari regionali*



REGIONE CAMPANIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

**ROSOLIA**

4 Nome

**STEFANO**

5 Data di nascita

**15/10/1997**

6 Numero di identificazione personale

**RSLSFN97R15F912A**

7 Numero di identificazione dell'istituzione

**SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera

**80380001500167532933**

9 Scadenza

**23/07/2021**