

AC 2014
TS
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI




 **Codice Fiscale** **SRRRNN73A69C361U** **Sesso** **F**

Cognome **SORRENTINO**

Nome **ROSANNA**

Luogo di nascita **CAVA DE' TIRRENI**

Data di scadenza **23/07/2021** **Provincia** **SA**

Data di nascita **29/01/1973**

Dati sanitari regionali

REGIONE CAMPANIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA





3 Cognome **SORRENTINO**

4 Nome **ROSANNA** 5 Data di nascita **29/01/1973**

6 Numero identificazione personale **SRRRNN73A69C361U** 7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **80380001500168221601** 9 Scadenza **23/07/2021**