

ALC 2021  
**TS**  
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

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

Codice Fiscale **VLMGR94T45H096R** Sesso **F**

Cognome **VIOLANTE**

Nome **MARIA GRAZIA**

Data di scadenza **31/08/2027**

Luogo di nascita **PULIGNANO**

Provincia **BA**

Data di nascita **05/12/1994**

Dati sanitari regionali  
REGIONE BASILICATA



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome  
**VIOLANTE**

4 Nome  
**MARIA GRAZIA** . . . . .

5 Data di nascita  
**05/12/1994**

6 Numero identificazione personale  
**VLNMGR94T45H096R**

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

8 Numero di identificazione della tessera  
**80380001700301737261**

9 Scadenza  
**31/08/2027**