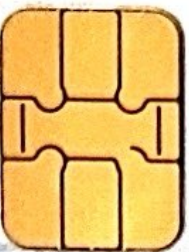




REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale **CRLCST94H49L109C** Sesso **F**

Cognome **CARLONE**

Nome **CRISTINA**

Luogo di nascita **TERLIZZI**

Provincia **BA**

Data di nascita **09/06/1994**

Dati sanitari regionali



REGIONE PUGLIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

**CARLONE**

4 Nome

**CRISTINA**

6 Numero identificazione personale

**CRLCST94H49L109C**

7 Numero identificazione dell'istituzione

**SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera

**80380001600330157160**

5 Data di nascita

**09/06/1994**

9 Scadenza

**23/03/2028**