

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

**CALLIANNO**

4 Nome

**MANUELA**

5 Data di nascita

**01/05/2000**

6 Numero identificazione personale

**CLNMMNL00E41E986L**

7 Numero identificazione dell'istituzione

**SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera

**80380001600313552403**

9 Scadenza

**22/12/2027**



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



Codice Fiscale **CLNMNL00E41E986L**

Sesso **F**

Cognome **CALLIANNO**

Nome **MANUELA**

Luogo di nascita **MARTINA FRANCA**

Provincia **TA**

Data di nascita **01/05/2000**

Dati sanitari regionali



REGIONE PUGLIA

Data di scadenza

**22/12/2027**