

**TS**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

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



Codice Fiscale **DNCLRI01S47L109P** Sesso **F**

Cognome **DE NICOLO**

Nome **ILARIA**

Data di scadenza **24/12/2027**

Luogo di nascita **TERLIZZI**

Provincia **BA**

Data di nascita **07/11/2001**

Dei sanitari regionali  
  
SERVIZIO PUBBLICO

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome	
DE NICOLO	
4 Nome	5 Data di nascita
ILARIA	07/11/2001
6 Numero identificativo personale	
DNCLRI01S47L109P    SSN-MIN SALUTE - 500001	
8 Numero di identificazione della tessera	9 Scadenza
80380001600314271763	24/12/2027