

AC 2018



CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

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



*Codice Fiscale* **BRGSRA00A66D8830** *Sesso* **F**

*Cognome* **BRIGANTI**

*Nome* **SARA**

*Luogo di nascita* **GALLIPOLI**

*Provincia* **LE**

*Data di nascita* **26/01/2000**

*Data di scadenza*

**30/09/2026**

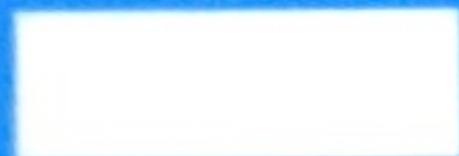


*Dati sanitari regionali*



REGIONE PUGLIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

**BRIGANTI**

4 Nome

**SARA**

5 Data di nascita

**26/01/2000**

6 Numero identificazione personale

7 Numero identificazione dell'istituzione

**BRGSRA00A66D8830 SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera

9 Scadenza

**80380001600307002720**

**30/09/2026**