

OT 2015

**TS**

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA

**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI




**Codice Fiscale** **FRDSMN92R68H703R** **Sesso** **F**

**Cognome** **FREDELLA**

**Nome** **SIMONA**

**Luogo di nascita** **SALERNO**

**Provincia** **SA**

**Data di nascita** **28/10/1992**

**Data di scadenza** **19/12/2024**

Dati sanitari regionali



REGIONE CAMPANIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




3 Cognome **FREDELLA**

4 Nome **SIMONA**

5 Data di nascita **28/10/1992**

6 Numero di identificazione personale **FRDSMN92R68H703R**

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

8 Numero di identificazione della tessera **80380001500300665574**

9 Scadenza **19/12/2024**