



## COPIA PROVVISORIA DELLA TESSERA SANITARIA DI SLVRNT62R24F839R

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA**

**Codice Fiscale** **SLVRNT62R24F839R** **Data di scadenza** **15/01/2030**

**Cognome** **SALVETTI** **Sesso** **M**

**Nome** **RENATO**

**Luogo di nascita** **NAPOLI**

**Provincia** **NA** **Dati sanitari regionali**

**Data di nascita** **24/10/1962**

**TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA**

**3 Cognome** **SALVETTI**

**4 Nome** **RENATO** **5 Data di nascita** **24/10/1962**

**6 Numero di identificazione personale** **SLVRNT62R24F839R** **7 Numero di identificazione dell'istituzione** **SSN-MIN SALUTE - 500001**

**8 Numero di identificazione della tessera** **80380000907371007720** **9 Scadenza** **15/01/2030**

*Questa copia provvisoria è stata prodotta in data 15/01/2024 ai sensi dell'art. 12 comma 1 del DECRETO-LEGGE 2 marzo 2020, n. 9.*

*Firmato digitalmente da Sistema TS*