

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

Codice Fiscale **RCCSVN72C41A662G** **Data di scadenza** **18/11/2017**

Cognome **RUCCIA** **Sesso** **F**

Nome **SILVANA**

Luogo di nascita **BARI**

Provincia **BA**

Data di nascita **01/03/1972**

 **Dati sanitari regionali**

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

 

Cognome **RUCCIA** **Data di nascita** **01/03/1972**

Nome **SILVANA**

Codice di identificazione personale **RCCSVN72C41A662G** **Numero di identificazione dell'istituzione** **SSN-MIN SALUTE - 500001**

Numero di identificazione della tessera **80380001605005660596** **Data di scadenza** **18/11/2017**