

10-2019

TS

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



 **Codice Fiscale** **DDNLRI86B52E435R** **Sesso** **F**

Cognome **DI DONATO**
Nome **ILARIA**

Data di scadenza **27/02/2026**

Luogo di nascita **LANCIANO**
Provincia **CH**

Data di nascita **12/02/1986**

Dati sanitari regionali



REGIONE ABRUZZO

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 **Cognome**
DI DONATO

4 **Nome** **ILARIA** 5 **Data di nascita** **12/02/1986**

6 **Numero di identificazione personale** **DDNLRI86B52E435R** 7 **Numero di identificazione dell'istituzione** **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 **Numero di identificazione della tessera** **80380001300306679517** 9 **Scadenza** **27/02/2026**