



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



Codice Fiscale **LNTJLN91M54F799H** Sesso **F**

Cognome **LENTI**  
Nome **JLENIA**

Data di scadenza  
**21/09/2023**

Luogo di nascita **MUGNANO DI NAPOLI**

Provincia **NA**

Data di nascita **14/08/1991**

Dati sanitari regionali



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome	<b>LENTI</b>	5 Data di nascita	<b>14/08/1991</b>
4 Nome	<b>JLENIA</b>	7 Numero identificazione dell'istituzione	<b>SSN-MIN SALUTE - 500001</b>
6 Numero identificazione perso. tal.	<b>LNTJLN91M54F799H</b>	8 Numero di identificazione della tessera	<b>80380001500177919054</b>
		9 Scadenza	<b>21/09/2023</b>