



**Servizio Sanitario Nazionale - REGIONE CAMPANIA**  
**ATTESTATO DI ISCRIZIONE**

**ASSISTIBILE**

Codice Fiscale: **NSPVCN87T30F839Q**

Cognome: **NIESPOLO**

Nome: **VINCENZO**

Sesso: **M**

Data di Nascita: **30/12/1987**

Luogo di Nascita: **NAPOLI**

**RESIDENZA ANAGRAFICA**

Azienda Sanitaria Locale: **AV - ASL AVELLINO**

(codice **150201**)

Comune: **064008 - AVELLINO**

Indirizzo: **CONTRADA S. TOMMASO 65**

**DOMICILIO DA ISCRIZIONE TEMPORANEA**

Azienda Sanitaria Locale: **-**

(codice **-**)

Comune: **-**

Indirizzo: **-**

**ISCRIZIONE**

Azienda Sanitaria Locale: **AV - ASL AVELLINO**

(codice **150201**)

Distretto n°: **4**

Data Inizio: **17/10/2018**

Data Fine: **-**

**MEDICO SCELTO**

Codice Medico: **209421**

Cognome: **CORBISIERO**

Nome: **ROSA**

Qualifica: **Generico**

Decorrenza Scelta: **02/02/2021**

Data Fine: **-**

**DATI AMBULATORIO**

Indirizzo: **VIA CIRCUMVALLAZIONE,46**

Comune: **AVELLINO**

Tel: **08251642572**

VISTO



Data Rilascio: **02/02/2021**

Codice Operatore: **10341**