



Servizio Sanitario Nazionale - REGIONE CAMPANIA

ATTESTATO DI ISCRIZIONE

ASSISTIBILE

Codice Fiscale: **DNHMRY93P45Z138Q**

Cognome: **DENHINA**

Nome: **MARIYA**

Sesso: **F**

Data di Nascita: **05/09/1993** Luogo di Nascita: **UCRAINIA**

RESIDENZA ANAGRAFICA

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

(codice **150201**)

Comune: **064008 - AVELLINO**

Indirizzo: **VIA F.LLI. BISOGNO N.RO 41**

DOMICILIO DA ISCRIZIONE TEMPORANEA

Azienda Sanitaria Locale:

(codice)

Comune:

Indirizzo:

ISCRIZIONE

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

(codice **150201**)

Distretto n°: **4**

Data Inizio: **25/09/2015**

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**

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

Codice Operatore: **10341**

