



Servizio Sanitario Nazionale - REGIONE CAMPANIA
ATTESTATO DI ISCRIZIONE

ASSISTIBILE

Codice Fiscale: **NPSPHN20M24F839Q**

Cognome: **NIESPOLO**

Nome: **ETHAN**

Sesso: **M**

Data di Nascita: **24/08/2020** Luogo di Nascita: **NAPOLI**

RESIDENZA ANAGRAFICA

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

(codice **150201**)

Comune: **064008 - AVELLINO**

Indirizzo: **VIA G. DI VITTORIO,96**

DOMICILIO DA ISCRIZIONE TEMPORANEA

Azienda Sanitaria Locale: **-**

(codice)

Comune: **-**

Indirizzo:

ISCRIZIONE

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

(codice **150201**) Distretto n°: **4**

Data Inizio: **01/09/2020**

Data Fine:

MEDICO SCELTO

Codice Medico: **820138** Cognome: **GIORDANO**

Nome: **CATERINA**

Qualifica: **Pediatra** Decorrenza Scelta: **01/09/2020** Data Fine: **24/08/2034**

DATI AMBULATORIO

Indirizzo: **Corso Europa, 116**

Comune: **AVELLINO**

Tel: **082525199**

Data Rilascio: **01/09/2020**

Codice Operatore: **1878**

VISTO - **TIMBRO**