

Servizio Sanitario Nazionale - REGIONE CAMPANIA

ATTESTATO DI ISCRIZIONE

ASSISTIBILE

Codice Fiscale: **NSPTHN20M24F839Q**

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: **207231** Cognome: **COPPOLA**

Nome: **TEODORO**

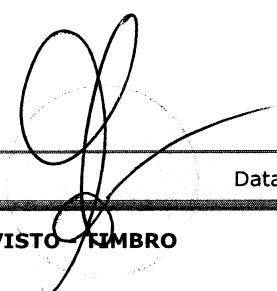
Qualifica: **Pediatria** Decorrenza Scelta: **04/06/2021** Data Fine: **24/08/2034**

DATI AMBULATORIO

Indirizzo: **VIA G. ZIGARELLI, 49**

Comune: **AVELLINO**

Tel: **0825780977**

Data Rilascio: **04/06/2021**

Codice Operatore: **1936**

VISTO - FIMBRO