



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 GIUSEPPE DI VITTORIO N 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: **820241** Cognome: **AMODEO**

Nome: **BIANCA MARIA**

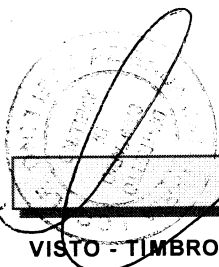
Qualifica: **Pediatra** Decorrenza Scelta: **06/06/2023** Data Fine: **24/08/2034**

DATI AMBULATORIO

Indirizzo: **VIA PARTENIO 44**

Comune: **AVELLINO**

Tel: **-**



Data Rilascio: **06/06/2023**

Codice Operatore: **13254**

VISTO - TIMBRO