



Servizio Sanitario Nazionale - REGIONE CAMPANIA
ATTESTATO DI ISCRIZIONE

ASSISTIBILE

Codice Fiscale: **NSPCRS24A24A509U**
Cognome: **NIESPOLO**

Nome: **CHRISTIAN**

Sesso: **M**

Data di Nascita: **24/01/2024** Luogo di Nascita: **AVELLINO**

RESIDENZA ANAGRAFICA

Azienda Sanitaria Locale: **AV - ASL AVELLINO**
Comune: **064008 - AVELLINO**

(codice **150201**)

Indirizzo: **VIA G DI VITTORIO 96**

DOMICILIO DA ISCRIZIONE TEMPORANEA

Azienda Sanitaria Locale: **-**
Comune: **-**

(codice **-**)

Indirizzo: **-**

ISCRIZIONE

Azienda Sanitaria Locale: **AV - ASL AVELLINO**
Data Inizio: **30/01/2024** Data Fine: **-**

(codice **150201**)

Distretto n°: **4**

MEDICO SCELTO

Codice Medico: **820241** Cognome: **AMODEO**

Nome: **BIANCA MARIA**

Qualifica: **Pediatra** Decorrenza Scelta: **30/01/2024** Data Fine: **24/01/2038**

DATI AMBULATORIO

Indirizzo: **VIA PARTENIO 44**

Comune: **AVELLINO**

Tel: **-**

Data Rilascio: **30/01/2024**

Codice Operatore: **10341**

VISTO - TIMBRO