

TS REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA  

Codice Fiscale [redacted] *Data di scadenza* [redacted]

Cognome [redacted] *Sesso* [redacted]

Nome [redacted]

Luogo di nascita [redacted]

Provincia [redacted]

Data di nascita [redacted]



[Dati sanitari regionali]

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

[redacted]  

3 *Cognome* [redacted]

4 *Nome* [redacted] 5 *Data di nascita* [redacted]

6 *Numero di identificazione personale* [redacted] 7 *Numero di identificazione dell'istituzione* [redacted]

8 *Numero di identificazione della tessera* [redacted] 9 *Scadenza* [redacted]