

LIUT UGO

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

VIA CECCO DI PIETRO,5 PISA

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 9 0 1 9

4 0 1 9 7 5 4 2 3 2 6



SISTEMA NAZIONALE



L T I G U O 3 4 R 2 2 F 7 7 0

CODICE FISCALE

(N)

NON ESENTE CODICE ESENZIONE

(R) \_\_\_\_\_

REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

ALT; CREATINCHINASI [CPK O CK] [S/P]; PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE N-TERMINALE [NT-PRO-BNP]; [S/P]; AST; EMOCROMO CON FORMULA [SG]; CREATININA [S/P]; elettroliti

(Barrare se non utilizzate)

NOTA

(S)  (H)

SUGG. RICOV. ALTRO

NOTA

(U)  (B)  (D)  (P)

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

PRESCRIZIONE

ssa Roberta Marzolla  
277152  
Vittorio Veneto, 16  
PISA (PI)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI TICKET

GALEX DIR. CHIAM. ALTRO

IP.Z.S. - FOGGIA

AC 2014  
**TS**  
 CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



**LTIGUO34R22F770E** Sesso **M**

 *Codice Fiscale*

*Cognome* **LIUT**

*Nome* **UGO**

*Data di scadenza* **02/07/2023**

*Luogo di nascita* **MOTTA DI LIVENZA**

*Provincia* **TV**

*Data di nascita* **22/10/1934**

*Dati sanitari regionali*  
 REGIONE TOSCANA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA





3. Cognome **LIUT**

4. Nome **UGO** 5. Data di nascita **22/10/1934**

6. Numero identificazione personale **LTIGUO34R22F770E** 7. Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8. Numero di identificazione della tessera **80380000900111535985** 9. Scadenza **02/07/2023**