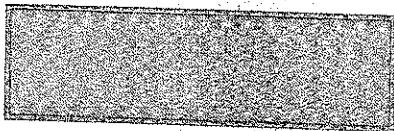



Scadenza : 23-01-2025

AR 7416486



IP 25 554 - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CAMPOMARINO

CARTA D'IDENTITA'

N° AR. 7416486

DI
DI DONATO ANNA , GRAZIA

Cognome **DI DONATO**
 Nome **ANNA , GRAZIA**
 nato il **23-01-1967**
 (atto n. **17** p. **1** S. A **1967**)
 a **TERMOLI (CB)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **CAMPOMARINO (CB)**
 Via **FERRUCCI 16**
 Stato civile **cgt NARDELLA**
 Professione **= = =**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **160**
 Capelli **Biondo cenere**
 Occhi **Cerulei**
 Segni particolari **N.N.**


 Firma del titolare *Di Donato Anna Grazia*
CAMPOMARINO **28-04-2014**
 Impronta del *[Signature]*
 indice sinist. *[Signature]*


REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **DDNNGR67A63L113A** Sesso **F**

Cognome **DI DONATO**

Nome **ANNA GRAZIA**

Luogo di nascita **PERMO**

Provincia **CB**

Data di scadenza **11/11/2028**

Data di nascita **23/01/1967**

Dati sanitari regionali





Di Donato Anna Grazia nata a Termoli CB il 23 01
1967 residente a Campomarino CB via Ferrucci n 16
cap 86042.

Titolo di studio Scuola Magistrale conseguito a
Termoli.

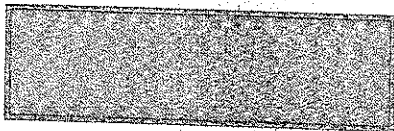
Esperienza lavorativa come precaria presso scuole
dell'infanzia e impegnata nel volontariato.

In fede

Di Donato Anna Grazia.


Scadenza : 23-01-2025

AR 7416486



IPZS SPA - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CAMPOMARINO

CARTA D'IDENTITA'

N° AR. 7416486

DI

DI DONATO ANNA , GRAZIA

Cognome **DI DONATO**
 Nome **ANNA , GRAZIA**
 nato il **23-01-1967**
 (atto n. **17** p. **1** S. A **1967**)
 a **TERMOLI (CB)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **CAMPOMARINO (CB)**
 Via **FERRUCCI 16**
 Stato civile **cgt NARDELLA**
 Professione **= = =**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **160**
 Capelli **Biondo cenere**
 Occhi **Cerulei**
 Segni particolari **N.N.**


 Firma del titolare *Di Donato Anna Grazia*
CAMPOMARINO **28-04-2014**
 Impronta del *[Signature]*
 indice sinist. *[Signature]*


REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **DDNNGR67A63L113A** Sesso **F**

Cognome **DI DONATO**

Nome **ANNA GRAZIA**

Luogo di nascita **PERMO**

Provincia **CB**

Data di scadenza **11/11/2028**

Data di nascita **23/01/1967**

Dati sanitari regionali

