



# NAMASTÉ

cooperativa sociale

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a .....  
residente a ..... CAP .....  
in Via/Piazza ..... N° ..... Tel. ....

(\*) esercente la patria potestà/in qualità di .....  
del/della minore ..... nato/a il .....

**ritira**

**delega per il ritiro**

il/la Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via/Piazza ..... n° .....  
la/della seguente documentazione:

- Copia FaSAS (Fascicolo Socio Sanitario)

**Attenzione:** la persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido della persona che fa la delega o fotocopia.

**Le spese per la duplicazione saranno a carico del richiedente.**

Documento esibito .....

Data richiesta: .....

Firma .....

Nulla osta al rilascio

Il Responsabile Sanitario

**Nota sul rispetto della privacy:** i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.

(\*) nel caso la documentazione sanitaria riguardi un minore.

**Namasté Cooperativa Sociale**

**Sede Legale**  
via Valcalchera, 5  
24060 Cenate Sopra (Bg)

**Sede Operativa**  
via Cassinone, 98  
24068 Seriate (Bg)

C.F. e P.IVA 02906930165  
REA 332723  
N° Albo Cooperative A113990

T. 035 667 305  
F. 035 667 294  
segreteria@coopnamaste.it

[www.coopnamaste.it](http://www.coopnamaste.it)