

# VILLA VERDE SRL.

P.IVA 00960940328

Loc. Aurisina Santa Croce, 12, 34011 Duino Aurisina - Trieste  
E-mail: [privacy@villaverdetrieste.it](mailto:privacy@villaverdetrieste.it)

Tel.: 040 220813  
Pec: [villaverdetrieste@pec.it](mailto:villaverdetrieste@pec.it)

## CONSENSO PRIVACY OSPITI

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ....., il  
....., residente in Via ....., CAP. ....,  
Prov....., Cod. Fisc.: .....

### DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa privacy in allegato e di aver preso conoscenza delle informazioni ivi contenute fornite dalla sig.ra Rosa Mingrone per la residenza VILLA VERDE SRL., Titolare del Trattamento, con sede in Loc. Aurisina Santa Croce, 12, 34011 Duina Aurisina (TS), e-mail [info@villaverdetrieste.it](mailto:info@villaverdetrieste.it) o [privacy@villaverdetrieste.it](mailto:privacy@villaverdetrieste.it) per il contesto, essendo stato informato:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati;
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali;
- delle modalità e misura con cui avviene il trattamento;
- dei soggetti e le categorie di soggetti che potranno venire a conoscenza dei dati oggetto del trattamento;
- del periodi di conservazione dei dati,
- dei diritti dell'interessato;

così come indicato nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

### ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'Art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

### DICHIARA INOLTRE

che i dati, presenti nella mia documentazione assistenziale, possano essere messi a disposizione:

Sì a Tutti                       No a Nessuno                       Sì, solo alle persone di seguito indicate

.....  
che la mia presenza in VILLA VERDE SRL. sia comunicata :

- No a nessuno ad eccezione delle Istituzioni ed Enti Preposti.  
 Sì a chiunque lo richieda  
 Sì solamente alle persone di seguito indicate

.....  
Letto, confermato e sottoscritto

Trieste,

Firma dell'interessato  
.....

Firma dell'Infermiere/Oss che raccoglie il consenso .....