

CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI  
RIGUARDANTI  
IL SOGGETTO SANZIONATO PER GUIDA IN STATO DI  
ALTERAZIONE  
**SISTEMA IDS (IMPAIRED DRIVER SYSTEM)**

N. pratica o riferimento fascicolo del soggetto:	
Tipo di ente di riferimento	<input type="checkbox"/> Fornitore DDP
<input type="checkbox"/> Tribunale	<input type="checkbox"/> Fornitore OASAS approvato
<input type="checkbox"/> DMV	<input type="checkbox"/> Automobilista

Cognome del soggetto	Nome	Iniz. 2° nome
ID cliente DMV del soggetto (numero di patente):		
Nome e indirizzo dell'ente di riferimento:		

**ISTRUZIONI:** 1) FORNIRE UNA COPIA COMPILATA DI QUESTO MODULO AL SOGGETTO; E  
2) AGGIUNGERE UNA COPIA COMPILATA DEL MODULO AL FASCICOLO DEL SOGGETTO

Con la presente, io sottoscritto/a **ACCONSENTO** e autorizzo ogni comunicazione tra e fra il summenzionato **ente di riferimento** e le seguenti agenzie:

- Mio fornitore OASAS approvato: \_\_\_\_\_;  
(inserire il nome del fornitore; se sconosciuto, inserire "TBD")
- Mio programma **DDP** (Drinking Driver Program): \_\_\_\_\_;  
(Inserire il nome del programma; se sconosciuto, inserire "TBD")
- Ufficio dei servizi per alcolismo e abuso di sostanze (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, **OASAS**), Dipartimento della Motorizzazione civile (Department of Motor Vehicles, **DMV**), Ufficio dell'amministrazione giudiziaria (Office of Court Administration, **OCA**) e Divisione dei servizi per la giustizia penale (Division of Criminal Justice Services, **DCJS**) dello Stato di New York (la DCJS riceverà informazioni personali non identificabili esclusivamente per finalità di ricerca);

per **RENDERE NOTE LE INFORMAZIONI** su qualsiasi fatto attuale e/o passato riguardanti infrazioni dovute alla mia guida in stato di alterazione, compresi condanne precedenti relative a infrazioni del codice della strada annotate nel mio fascicolo personale e i seguenti dati:

**Automobilista:** ID cliente DMV, primi due caratteri del cognome attuale e di quello dichiarato alla nascita, sesso, data di nascita e ultime quattro cifre del numero SSN.

**Violazione:** data della violazione, nome del tribunale, violazione, primi due caratteri del cognome attuale, tasso alcolemico, indicazione di eventuale rifiuto delle analisi chimiche e indicazione di patente di altro stato, se disponibile.

**Screening:** nome del programma/del fornitore, data di screening, indicazione del referente per la valutazione, se disponibile, e indicazione dello strumento di screening utilizzato.

**Valutazione:** fonte di riferimento, nome del programma/del fornitore, data di inizio e fine della valutazione ed esito della valutazione.

**Trattamento:** nome del programma/del fornitore, data di ammissione, data di dimissione, numero di sessioni e condizione alla dimissione.

**DDP:** nome del programma, data di inizio e condizione, indicazione dell'eventuale referente per la valutazione e condizione di adesione al DDP.

**SCOPO** di tale divulgazione è consentire agli enti sopra elencati di condividere i dati indicati per finalità di raccolta, tracciatura e monitoraggio delle attività di fornitori e programmi. I dati specifici resi noti a ciascun ente saranno limitati al minimo necessario per consentire all'ente di svolgere i propri compiti ufficiali relativamente alla mia infrazione in conformità con il Codice della strada (Vehicle and Traffic Law, VTL) dello Stato di New York.

Io sottoscritto/a, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale degli enti indicati a comunicare, ottenere e condividere le informazioni qui specificate. Inoltre riconosco che, se non diversamente specificato, questo consenso autorizzerà l'utilizzo di dati a sostegno della ricerca e delle misure di controllo della qualità per OASAS, OCA, DCJS e DMV e resterà valido per tale finalità e non potrà essere revocato da me per un periodo di dieci (10) anni, coerentemente con il periodo di conservazione dei dati sancito nel NYS VTL §201(1)(i) e nelle clausole di determinazione del livello di infrazione DWI del NYS VTL §1192.

Riconosco che la divulgazione delle mie informazioni personali da parte del DMV è disciplinata dalla legge Federal Driver's Privacy Protection Act, 18 USC §2721 e che la mia firma in calce costituisce la mia autorizzazione al DMV per la divulgazione dei miei dati agli enti sopra indicati.

Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione di informazioni identificative è soggetta al Titolo 42 del Codice delle norme federali (Code of Federal Regulations, CFR) Parte 2 sulla riservatezza dei dati sanitari relativi a pazienti che fanno abuso di alcool e droghe, oltre che alla legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del 1996 45 CFR, Punti 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di queste informazioni aggiuntive a una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

**NOTA:**

Qualsiasi informazione rilasciata attraverso il presente modulo **DEVE** essere accompagnata dal modulo di divieto di ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti trattati per dipendenza chimica (**Prohibition on Redislosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient, TRS-1**)

Sono consapevole che in linea generale il programma non fa dipendere il mio trattamento dalla mia sottoscrizione del modulo di consenso, ma che in talune circostanze limitate detto trattamento potrebbe essermi negato e/o io potrei essere considerato/a non idoneo/a al programma per automobilisti alcolisti (Drinking Driver Program, DDP) in caso di mancata sottoscrizione del modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

\_\_\_\_\_  
(Nome in stampatello del soggetto)

\_\_\_\_\_  
(Firma del soggetto)

\_\_\_\_\_  
(Data della firma)

\_\_\_\_\_  
(Firma di un genitore o tutore legale del soggetto, se applicabile)