



Office of Alcoholism and Substance Abuse Services

USO DI CREDENZIALI
Modulo di consenso del richiedente alle impronte digitali per la verifica dei precedenti penali (Criminal Background Check, CBC) per l'OASAS

Restituire il modulo a:
OASAS Credentialing Unit
 Fax: 518-485-2062
 E-mail: credentialing@oasas.ny.gov

Parte 1: Informazioni del richiedente all'uso delle credenziali (in stampatello)

Cognome:	Nome:	Iniziale secondo nome:
Data di nascita:	Numero di previdenza sociale:	
Indirizzo del richiedente:		
Tipo di richiesta all'uso delle credenziali: <input type="checkbox"/> Iniziale <input type="checkbox"/> Rinnovo		Credenziali ricercate: <input type="checkbox"/> CASAC <input type="checkbox"/> CPP/CPS <input type="checkbox"/> Gioco d'azzardo

Parte 2: Attestazione

- Mi è stato comunicato che, come parte del processo di richiesta, la legge richiede all'Ufficio dei servizi per alcolismo e abuso di sostanze dello New York State (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) di richiedere una verifica dei precedenti penali alla Divisione dei servizi di giustizia penale dello New York State (NYS Division of Criminal Justice Services, DCJS) e all'Ufficio federale di investigazione (Federal Bureau of Investigation, FBI) e autorizza l'OASAS a esaminare e valutare i risultati della verifica dei precedenti penali ricevuta dalla DCJS e dal FBI. Una condanna per determinati reati potrebbe rendermi non idoneo/a all'uso delle credenziali.
- Acconsento all'acquisizione delle mie impronte digitali e al relativo invio per la verifica dei precedenti penali alla DCJS e al FBI e accetto che l'OASAS esamini le informazioni sui precedenti penali, se presenti, fornite dal NYS e dal FBI, restituite dalla DCJS come parte dell'indagine sui precedenti volta a determinare la mia idoneità all'uso delle credenziali, o per la certificazione come persona fisica.
- Mi è stato comunicato che esistono procedure affinché io ottenga, esamini e, se necessario, corregga le mie informazioni sui precedenti penali ai sensi delle normative stabilite dalla DCJS nel Titolo 9 del Codice, Regole e Regolamenti di New York Parte 6050 (9 NYCRR Part 6050) e dal FBI, secondo quanto applicabile.
- Mi è stato comunicato che ho il diritto di ritirare la mia richiesta per l'uso delle credenziali o la certificazione come persona fisica, senza pregiudizio, in qualsiasi momento prima che l'uso delle credenziali o la certificazione come persona fisica sia offerta o rifiutata, a prescindere che l'OASAS abbia esaminato qualsiasi informazione sui precedenti penali.
- Mi è stato comunicato che i risultati della verifica dei precedenti penali inoltrata all'OASAS dalla DCJS e dal FBI devono essere riservati ai sensi delle leggi, delle regole e delle normative statali e federali vigenti, e che devono essere divulgati esclusivamente alle persone autorizzate per legge. Le informazioni sui precedenti penali saranno considerate ai sensi dell'Articolo 23-A (Article 23-A), della Legge di correzione dello New York State (NYS Correction Law) nel fare determinazioni all'uso delle credenziali.
- Confermo che le impronte digitali inviate saranno le mie e che le informazioni da me fornite sono vere, complete e precise.
- Io sottoscritto/a, certifico al meglio delle mie conoscenze di: (selezionare secondo quanto appropriato)
 - Essere stato/a condannato/a per un crimine perpetrato nel New York State o in qualsiasi altra giurisdizione.
 - Avere imputazioni di arresto in sospeso.
 Se selezionato, fornire dettagli: _____
- Mi è stato comunicato che viene richiesto il mio numero di previdenza sociale in modo tale che l'OASAS possa verificare se io sia o meno inserito/a nell'Elenco di esclusione del personale mantenuto come parte del Registro centrale delle persone vulnerabili (Vulnerable Persons' Central Registry) e che tale registro è richiesto dalla Legge sui servizi sociali §495 (Social Services Law §495) e che tale verifica sarà eseguita prima della verifica dei precedenti penali. Il Titolo 14 del NYCRR Parte 702 prevede l'acquisizione dei numeri di previdenza sociale a tal fine e la mancata fornitura del mio numero di previdenza sociale potrebbe precludermi di essere preso/a in considerazione per le credenziali per le quali presento richiesta.

Firma del richiedente:	Data:
------------------------	-------

Parte 3: Informazioni dell'incaricato OASAS (Solo per uso d'ufficio) (Part 3. OASAS Authorized Person Information (For Office Use Only))

Name:	Title:
Signature:	