



<p>Modulo di accesso del Dipartimento per la libertà vigilata al sistema per guida in stato di alterazione (Impaired Driver System, IDS)</p> <p>SISTEMA PER GUIDA IN STATO DI ALTERAZIONE (IMPAIRED DRIVER SYSTEM, IDS)</p>	Cognome, nome e secondo nome del soggetto
	ID cliente della motorizzazione (Department of Motor Vehicles, DMV) del soggetto (numero di patente)
	Nome e indirizzo del Dipartimento per la libertà vigilata

Istruzioni Conservare una copia compilata del presente modulo nel fascicolo del soggetto.
Fornire una copia compilata del presente modulo al soggetto.

Io sottoscritto/a fornisco il mio **CONSENSO** e autorizzo il suddetto **Dipartimento per la libertà vigilata** a ricevere informazioni su qualsiasi fatto attuale e/o passato riguardante infrazioni dovute alla mia guida in stato di alterazione, compresi le condanne/sentenze 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 e data di nascita.
- **Violazione:** data della violazione, nome del tribunale, violazione, primi due caratteri del cognome attuale, concentrazione di alcol nel sangue (blood alcohol concentration, BAC), indicazione di eventuale rifiuto delle analisi chimiche e indicazione di eventuale patente di altro stato.
- **Programma per la guida in stato di alterazione (IDP):** nome del programma, data di inizio e condizione, indicazione dell'eventuale referente per la valutazione e condizione di adesione all'IDP.
- **Screening:** nome del programma/del fornitore, data di screening, indicazione dell'eventuale referente per la valutazione 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:** nomi dei programmi/dei fornitori, date di ricovero, date di dimissione, numero di sedute e condizione alla dimissione.

La presente verifica viene effettuata per **FINALITÀ** di indagine o vigilanza.

Io sottoscritto/a, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale degli enti indicati a comunicare, ottenere e condividere le informazioni qui specificate.

Sono consapevole che, salvo diversa indicazione, il presente consenso resterà valido e non potrà essere ritirato fino all'interruzione o revoca effettiva e ufficiale della mia scarcerazione e/o libertà condizionale, affidamento ai servizi sociali, affidamento provvisorio ai servizi sociali, rilascio condizionale o altro procedimento o provvedimento in base al quale o previa accettazione del quale sono stato sottoposto al trattamento; oppure

Durata del consenso (se diversa): _____

Riconosco che la divulgazione dei miei dati personali da parte del DMV è disciplinata dalla Legge federale a tutela della privacy del conducente (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 personali al Dipartimento per la libertà vigilata sopra indicato.

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 i destinatari di tali informazioni possono rivelarle unicamente in relazione ai propri incarichi ufficiali. Autorizzo altresì l'ulteriore divulgazione da parte del suddetto Dipartimento per la libertà vigilata delle informazioni di cui sopra alle parti indicate qui sotto, per le finalità definite qui sotto.

(Apporre le iniziali e contrassegnare tutte le voci pertinenti)

- Altro Dipartimento per la libertà vigilata: _____ incaricato di condurre un'indagine per ordine del Tribunale e/o la supervisione del soggetto.
- Altra corte penale: _____ per l'adempimento delle proprie responsabilità ai fini decisionali per il rilascio, la condanna, le violazioni e/o la certificazione di riabilitazione dallo stato di alterazione determinato nel soggetto.
- Ufficio del Procuratore distrettuale: _____ a sostegno degli incarichi ufficiali relativi al procedimento o al provvedimento in base al quale il soggetto è obbligato a o ha accettato di sottoporsi a un trattamento.
- Ufficio del difensore civico o avvocato difensore privato in mia rappresentanza: _____ in relazione alla rappresentanza del soggetto nel procedimento o nel provvedimento in base al quale il soggetto è obbligato a o ha accettato di sottoporsi a un trattamento.

È vietata qualsiasi ulteriore divulgazione senza un'autorizzazione scritta aggiuntiva da parte mia, tranne nei casi diversamente autorizzati dalla legge.

NOTA: Qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo **DEVE** essere accompagnata dal modulo di **Divieto di ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti trattati per dipendenza chimica** (Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient, TRS-1).

Nome della persona	Firma del soggetto
Data della firma	Firma di un genitore o tutore legale del soggetto, se prevista