

**CONSENSO PER ISTITUZIONI GIUDIZIARIE
PENALI RELATIVO ALLA
COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI**

PAZIENTE/IMPUTATO: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. IDENTIFICAZIONE	N. CASO	
STRUTTURA	UNITA'	

ISTRUZIONI: Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente

Io sottoscritto paziente/imputato con il presente documento autorizzo lo scambio di comunicazioni tra il personale di questa struttura e le seguenti Persone/Istituzioni giudiziarie in ambito penale: _____

La divulgazione è necessaria al fine di informare le summenzionate Persone/Istituzioni giudiziarie in ambito penale della mia partecipazione, dei miei progressi e del mio atteggiamento nei confronti della mia valutazione e del mio trattamento e _____

Le informazioni da divulgare riguardano la diagnosi, la partecipazione o meno alle sedute di trattamento, come collaboro con il programma di trattamento, la prognosi e _____

Sono consapevole che la mia partecipazione al trattamento rappresenta una condizione per (spuntare le caselle appropriate):

- il mio rilascio dalla reclusione l'esecuzione di una sentenza a mio carico
 la prescrizione di un'azione penale nei miei confronti la sospensione di una sentenza a mio carico
 altri provvedimenti (specificare): _____

Sono consapevole che, tranne indicazione contraria, 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, prescrizione definitiva di rilascio condizionale o altro provvedimento in base a cui sono stato sottoposto al trattamento.

Durata del consenso (se diversa) _____

Condizione(i) di revoca del consenso (se diversa/e) _____

Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione sarà soggetta alla Parte 2 del Titolo 42 del CFR (Codice delle norme federali) sulla riservatezza di documenti su abusi di alcool e droghe, e che i destinatari di dette informazioni potranno rivelarle unicamente in relazione ai propri incarichi ufficiali.

(Firma del paziente/imputato)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente/imputato in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)