

Unità di accertamento dei precedenti penali dell'OASAS, Ufficio legale (OASAS Criminal Background Check Unit, Counsel's Office) 1450 Western Avenue Albany NY 12203 Fax: 518-485-2335 E-mail: cbc@oasas.ny.gov	<b>CERTIFICAZIONE</b> <b>Modulo di consenso del richiedente al rilevamento delle impronte digitali per l'accertamento dei precedenti penali (Criminal Background Check, CBC) dell'OASAS</b>  <b>(Appendice V)</b>	<b>UFFICIO SERVIZI PER ALCOLISMO E ABUSO DI SOSTANZE DELLO STATO DI NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES)</b>
<b>Parte 1. Informazioni sul richiedente la certificazione (scrivere in stampatello)</b>		
Cognome:	Nome:	Iniziale 2° nome:
Data di nascita:	Numero di previdenza sociale:	
Indirizzo del richiedente:		
Tipo di domanda di certificato:		
<b>Parte 2. Attestazione</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sono stato avvertito che ai fini della procedura di invio della domanda la legge prevede la richiesta dell'accertamento dei precedenti penali da parte dell'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (OASAS) dello Stato di New York presso la Divisione servizi della giustizia penale (Division of Criminal Justice Services, DCJS) dello Stato di New York e l'Ufficio federale di investigazione (Federal Bureau of Investigation, FBI) e autorizzo l'OASAS a esaminare e valutare i risultati dell'accertamento dei precedenti penali ottenuti dalla DCJS e dall'FBI. Una condanna per determinati reati potrebbe precludermi la possibilità di ottenere la certificazione.</li> <li>2. Acconsento al rilevamento delle mie impronte digitali e all'invio delle stesse alla DCJS e all'FBI ai fini dell'accertamento dei precedenti penali e acconsento alla verifica da parte dell'OASAS delle informazioni dello Stato di New York e dell'FBI sui precedenti penali, se presenti, fornite dalla DCJS nell'ambito delle proprie indagini sulla mia idoneità all'accreditamento o alla certificazione come operatore costituito da persona fisica.</li> <li>3. Sono stato avvertito della mia facoltà di avviare le procedure per ottenere, esaminare e, se necessario, richiedere la correzione delle informazioni sui miei precedenti penali ai sensi delle norme fissate dalla DCJS in 9 NYCRR Parte 6050 e dall'FBI, ove applicabili.</li> <li>4. Sono stato avvertito della mia facoltà di ritirare la domanda di accreditamento o certificazione come operatore costituito da persona fisica, senza subire sanzioni, in qualsiasi momento prima dell'offerta o del rifiuto dell'accreditamento o della certificazione come operatore costituito da persona fisica, a prescindere dal fatto che l'OASAS abbia o meno esaminato le informazioni sui precedenti penali.</li> <li>5. Sono stato avvertito della riservatezza dei risultati dell'accertamento dei precedenti penali inoltrati all'OASAS dalla DCJS e dall'FBI ai sensi delle leggi, delle norme e dei regolamenti federali e statali applicabili e della possibilità di comunicare tali risultati esclusivamente a persone autorizzate dalla legge. Le informazioni sui precedenti penali verranno considerate conformi all'Articolo 23-A dell'Ordinamento penitenziario dello Stato di New York (NYS Correction Law) per le decisioni sulle certificazioni.</li> <li>6. Dichiaro che le impronte digitali fornite sono le mie e che le informazioni che ho rilasciato sono veritiere, complete ed esatte.</li> <li>7. Certifico, sulla base delle informazioni in mio possesso, di: (spuntare la casella corrispondente)  <input type="checkbox"/> avere subito condanne civili o penali nello Stato di New York o in un'altra giurisdizione;  <input type="checkbox"/> avere ordini d'arresto pendenti.            Se viene spuntata una di queste caselle, fornire i relativi dettagli: _____            _____</li> <li>8. Sono stato avvertito che il mio numero di previdenza sociale viene richiesto per consentire all'OASAS di verificare l'eventuale presenza del mio nominativo nell'elenco di esclusione del personale (Staff Exclusion List) tenuto nell'ambito del Registro centrale delle persone vulnerabili (Vulnerable Persons' Central Registry) e che tale verifica, richiesta dalla legge sui servizi sociali (Social Services Law) §495, verrà effettuata prima dell'accertamento dei precedenti penali. Il Titolo 14 NYCRR, Parte 702, prevede la richiesta dei numeri di previdenza sociale per tali finalità e la mancata fornitura del numero di previdenza sociale da parte mia potrebbe precludere la possibilità che la mia domanda di certificazione venga accolta.</li> </ol>		
Firma del richiedente:		Data:
<b>Part 3. OASAS Authorized Person Information (For Office Use Only)</b>		
Name:		Title:
Signature:		