

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E LA FAMIGLIA  
**DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI RISERVATE**  
**COMMISSIONE PER I NON VEDENTI**

Nome del consumatore: \_\_\_\_\_

Numero di identificazione: \_\_\_\_\_

Con la presente autorizzo la Commissione dello Stato di New York per i Non vedenti (NYSCB) a ottenere o divulgare le seguenti informazioni se necessario per pianificare e fornire efficacemente i servizi di riabilitazione professionale. Posso cambiare idea su questa divulgazione, ad eccezione delle azioni già intraprese con il mio permesso, comunicando per iscritto al NYSCB che non voglio che vengano divulgate altre informazioni. Il mio permesso di divulgare o ottenere queste informazioni è valido solo fino al  / /  e non può estendersi oltre un anno dalla data in cui firmo questo modulo. Questa autorizzazione terminerà anche nel caso in cui il mio caso venga chiuso dal NYSCB.

**Tipo di informazioni:**

**Scopo e motivo per cui sono necessarie le informazioni:**

**Persona che divulga queste informazioni:**

Titolo:		
Nome:	Cognome:	
Via:		Suite/Appartamento:
Città:	Stato:	Codice postale:
Agenzia:		

**Persona che riceve queste informazioni:**

Titolo:		
Nome:	Cognome:	
Via:		Suite/Appartamento:
Città:	Stato:	Codice postale:
Agenzia:		

Sono consapevole che le informazioni specificate sono privilegiate e confidenziali e ad uso esclusivo delle persone e delle agenzie o dei collaboratori della struttura coinvolti nel mio programma di riabilitazione.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONSUMATORE (GENITORE/TUTORE SE MINORENNE)

\_\_\_\_\_  
DATA