



DOMANDA DI RINNOVO DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA PROFESSIONISTICA

Legga attentamente le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda. Le domande incomplete verranno respinte, con conseguente ritardo nella concessione della licenza. Eventuali omissioni, inesattezze o lacune nelle dichiarazioni fornite in una domanda o nella documentazione di supporto potranno essere ritenute motivi sufficienti per il rifiuto della licenza o per la sospensione o la revoca di una licenza già concessa.

Chi deve compilare questo modulo?

Il presente modulo deve essere compilato dai pugili professionisti che desiderano rinnovare una licenza prossima alla scadenza o una licenza già scaduta.

Quali forme di pagamento sono accettate?

Il pagamento può essere effettuato mediante assegno o vaglia intestato alla Commissione per l'atletica dello "NYS Athletic Commission" con importo pari a \$10. Per ogni assegno respinto dalla sua banca verrà addebitato un costo di \$20. **NON ACCLUDA DENARO ALLA DOMANDA.** I diritti di licenza possono inoltre essere dedotti dalla borsa al momento della pesatura.

Quando posso rinnovare una licenza?

Per ottenere il rinnovo di una licenza, il richiedente dovrà anzitutto essere incluso nel cartellone di un evento pugilistico e superare esami medici rigorosi; non potrà inviare questa domanda se non dispone dell'approvazione condizionale all'attività da parte della commissione.

Devo sottopormi nuovamente al rilevamento delle impronte digitali?

Forse sì. Se si è rimasti sprovvisti di licenza per un periodo di tempo prolungato e/o la licenza non è stata rinnovata per un numero troppo alto di anni consecutivi, potrebbe essere nuovamente necessario sottoporsi al rilevamento delle impronte digitali. La Commissione comunicherà l'eventuale necessità di ripetere il rilevamento delle impronte digitali.

Per quanto tempo sarà valido il rinnovo?

Tutte le licenze concesse dalla Commissione, rinnovi compresi, sono valide fino al 30 settembre successivo alla data di concessione.

Dispongo di varie licenze; posso compilare questo modulo per rinnovare anche le altre licenze?

No, è necessario presentare un nuovo modulo per ciascun tipo di licenza da rinnovare. È inoltre necessario effettuare un pagamento a parte per ciascun tipo di licenza.

Sezione della domanda riservata alla Dichiarazione sul mantenimento dei figli (Child Support Statement)

La Dichiarazione sul mantenimento dei figli è obbligatoria nello Stato di New York (Legge generale sugli obblighi, General Obligations Law), a prescindere dalla presenza di figli o di qualunque obbligo di mantenimento.

Chiunque sia in arretrato di almeno quattro mesi nel mantenimento dei figli potrà essere soggetto alla sospensione della propria attività, della licenza professionale e della patente di guida. La presentazione intenzionale di una dichiarazione mendace in forma scritta allo scopo di ostacolare o vanificare l'applicazione della legge sull'obbligo di mantenimento è punibile in base al paragrafo 175.35 del Codice penale (Penal Law). La presentazione di documenti falsi per la registrazione presso un ente statale o locale a scopo di frode è considerata reato di classe E.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Nella domanda bisogna fornire il numero di previdenza sociale?

Sì. La Commissione statale per l'atletica (State Athletic Commission) è tenuta a raccogliere i numeri di previdenza sociale di tutti i titolari di licenza. L'autorità preposta alla richiesta e alla gestione delle informazioni personali è indicata nel paragrafo 5 del Codice tributario (Tax Law) e nel paragrafo 3-503 della Legge generale sugli obblighi. La comunicazione da parte del richiedente è obbligatoria. Le informazioni vengono raccolte per consentire al Dipartimento delle imposte e delle finanze (Department of Taxation and Finance) di individuare singoli, aziende e altri soggetti inadempienti nella compilazione delle dichiarazioni fiscali o che possano avere sottostimato le loro responsabilità nei confronti del fisco, o individuare genericamente le persone soggette alle imposte amministrative dal Commissario per le imposte e le finanze (Commissioner of Taxation and Finance). Tali informazioni verranno impiegate a fini di amministrazione delle imposte e per qualunque altro fine autorizzato dal Codice tributario e potranno essere utilizzate dalle agenzie responsabili dell'applicazione degli obblighi di mantenimento dei figli o dai loro rappresentanti autorizzati di questo o di altri Stati, in conformità con il Titolo IV-D della Legge sulla previdenza sociale (Social Security Act), per stabilire, modificare o applicare un'ordinanza di mantenimento, ma non saranno rese disponibili per il pubblico. Laddove non venga fornito il numero di previdenza sociale, è richiesta una spiegazione scritta. Le informazioni verranno archiviate nel sistema informativo sulle licenze (Licensing Information System) della Commissione, al seguente indirizzo: 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

NON RESTITUIRE LA PRESENTE PAGINA DI COPERTINA CON LA DOMANDA. - GRAZIE -



DOMANDA DI RINNOVO DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA PROFESSIONISTICA

Legga le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda.
Risponda a tutte le domande e scriva le risposte a penna e in STAMPATELLO.

NOME DEL RICHIEDENTE		COGNOME	NOME		Secondo nome	SUFFISSO
INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE - VIA E N. CIVICO (È POSSIBILE AGGIUNGERE UNA CASELLA POSTALE PER GARANTIRE LA CONSEGNA)						
CITTÀ				STATO	CAP + 4	
CONTEA			PAESE			
N. DI PREVIDENZA SOCIALE (vedere Informativa sulla privacy)		DATA DI NASCITA (mese, giorno, anno) MM / GG / AAAA		TELEFONO (OBBLIGATORIO in caso di problemi con la domanda)		
INDIRIZZO E-MAIL (OBBLIGATORIO)						

Informazioni sui precedenti personali— Compili questa sezione. In caso contrario, la domanda verrà respinta.

1. Dall'ultima domanda presentata, ha ricevuto condanne per reati o illeciti (escluse le infrazioni stradali non gravi) in questo Stato o in altro Stato o le è stata revocata, sospesa o rifiutata una licenza, un'autorizzazione, una commissione o un'immatricolazione o una domanda di licenza, autorizzazione, commissione o immatricolazione, non esclusivamente relativa alla professione pugilistica, intestata a lei o presentata da lei o da una società di cui lei è o è stato un dirigente da uno Stato, un territorio, una giurisdizione governativa o un Paese straniero per qualsiasi motivo? **Sì** **No**

→SE "SÌ" (se la risposta è affermativa, fornisca i dettagli)

2. Ha accuse penali (per reati penali minori o gravi), non esclusivamente relativa alla professione pugilistica, pendenti presso un tribunale di questo o di altro Stato? Se la risposta è affermativa, deve presentare una copia dell'atto di accusa (ad esempio, denuncia, descrizione del reato o contestazione).

Sì **No**

→SE "SÌ" (se la risposta è affermativa, fornisca i dettagli)

Informazioni sull'attività pugilistica professionistica — Compili questa sezione. In caso contrario, la domanda verrà respinta.

1. Presso quale palestra si allena? (indichi nome, indirizzo e numero di telefono della palestra):

.....
.....

7. Nome del manager (se applicabile):

8. Indirizzo e numero di telefono del direttore:

9. Nome dell'allenatore (se applicabile):

10. Nome dell'organizzatore (se applicabile):

continua alla pagina seguente

DOMANDA DI RINNOVO DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA

Dichiarazione sul mantenimento dei figli

Firmando la presente domanda, dichiaro che alla data della domanda non mi trovo nell'obbligo di corresponsione dell'assegno di mantenimento dei figli **OPPURE** che, nel caso in cui mi trovi in tale obbligo, non sono in arretrato di quattro o più mesi nel pagamento, o che sto effettuando i pagamenti con ritenuta alla fonte o mediante un piano di pagamento o rientro concordato con il tribunale o mediante piano concordato con le parti, o che il mio obbligo di mantenimento è soggetto a procedimento giudiziario pendente, o che sto ricevendo un sussidio pubblico o un reddito aggiuntivo di assistenza sociale.

Dichiarazione del richiedente - Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali comminate a chi fornisce dichiarazioni mendaci, dichiaro che ho esaminato il contenuto della presente domanda (incluso il contenuto dei fogli ad essa allegati) ed è, per quanto attiene alle mie conoscenze, veritiero e corretto. Sono a conoscenza del fatto che eventuali dichiarazioni errate rese nella presente domanda potranno determinare azioni disciplinari, incluse senza limitazioni: la sospensione, la revoca e/o sanzioni amministrative.

“DICHIARAZIONE IN MATERIA DI SANITÀ E SICUREZZA”

In base alla Legge di riforma dell'attività pugilistica (Boxing Reform Act) Muhammad Ali (15 USC par. 6305[c] [2000]), il Congresso richiede che ogni commissione pugilistica presenti ai singoli pugili professionisti una dichiarazione in materia di sanità e sicurezza all'atto dell'emissione della Tessera identificativa federale (Federal Identification Card). Oltre a tale dichiarazione, la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York ritiene opportuno, nell'interesse dell'attività pugilistica, includere una dichiarazione in materia di sanità e sicurezza in ciascuna domanda di licenza per l'attività pugilistica professionistica presentata nello Stato di New York.

I candidati all'attività di pugile professionista devono essere al corrente del fatto che questo sport comporta numerosi rischi per la salute e la sicurezza, incluso tra l'altro il rischio di lesioni cerebrali. Di conseguenza, si raccomanda a ogni pugile professionista di sottoporsi periodicamente a procedure ed esami clinici necessari per l'individuazione di lesioni cerebrali. Unitamente alla domanda di licenza, la Commissione statale per l'atletica potrà richiedere procedure ed esami clinici specifici tesi a individuare lesioni cerebrali e altre condizioni cliniche controindicate per l'attività pugilistica professionistica. Per ulteriori informazioni su tali esami, si prega di contattare la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York.

Dichiaro di avere letto e compreso la precedente dichiarazione.

Firma del richiedente

X _____

Data: _____

SE LA SUA DOMANDA RIGUARDA UNA LICENZA E DESIDERA RICEVERE PER POSTA LA LICENZA FISICA, SPUNTI QUESTA CASELLA:

Ricordi di accludere al presente modulo ogni eventuale informazione richiesta e di pagare la tariffa prevista (se con assegno o vaglia, intesti a: NYS Athletic Commission).

RISERVATO ALLA COMMISSIONE:

Numero di licenza: _____



PARTE B

**Sezioni relative alle comunicazioni e alle
divulgazioni sullo stato di salute del pugile-**

(Le informazioni fornite nella Parte B verranno conservate nella scheda clinica di ogni pugile)

**POLITICA DELLA COMMISSIONE STATALE PER
L'ATLETICA DELLO STATO DI NEW YORK IN MATERIA DI
ABUSO DI FARMACI E STEROIDI**

- I. La Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC) richiede che ciascun pugile, nell'ambito degli esami clinici, si sottoponga a screening per individuare l'eventuale abuso di farmaci e/o steroidi secondo le indicazioni della NYSAC. Inoltre, la NYSAC si riserva il diritto di richiedere ai pugili in possesso di licenza di sottoporsi a screening per individuare l'eventuale abuso di farmaci e/o steroidi in qualunque momento nel periodo di abilitazione senza preavviso nei confronti del pugile stesso, in conformità con le Leggi varie par. 8925[3] dello Stato di New York.**
- II. L'uso di sostanze sottoposte a controllo, definite dal Codice penale e dalla Legge sulla sanità pubblica (Public Health Law) dello Stato di New York, è vietato e può determinare sanzioni disciplinari, incluse senza limitazioni: la sospensione, la revoca, la confisca della borsa, la modifica di un risultato pugilistico e/o sanzioni amministrative. Tali penalità possono essere imposte a ogni titolare di licenza o permesso responsabile dell'abuso di farmaci e/o sostanze illecite, secondo quanto determinato dalla NYSAC.**
- III. Nel caso di rilevazione di sostanze e/o farmaci proibiti, il pugile verrà interdetto dall'attività pugilistica all'interno dello Stato e i risultati dei precedenti combattimenti verranno modificati in "no contest" (incontro annullato).**
- IV. Oltre alle sanzioni amministrative, il pugile risultato positivo al test di violazione della politica della NYSAC sull'abuso di farmaci e steroidi verrà sospeso dal punto di vista medico e non potrà combattere in questo o in altro Stato fino a quando non otterrà una nuova autorizzazione da parte del personale medico della NYSAC.**
- V. Il pugile accetta e riconosce che la NYSAC applicherà in forma stringente la presente politica ed esigerà sanzioni appropriate per le eventuali violazioni.**

Dichiarazione del pugile - Firmando la presente domanda, io sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali comminate a chi fornisce dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere letto la politica sui farmaci proibiti e/o le sostanze illecite, di accettare i termini descritti nel presente documento e di non utilizzare o essere attualmente sotto l'influenza di farmaci proibiti e/o sostanze illecite.

Nome del pugile: _____

Firma del pugile: _____

Data: _____

-Questa sezione è stata intenzionalmente lasciata vuota-



DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI CLINICHE

**AUTORIZZAZIONE ALLA DISTRIBUZIONE DI INFORMAZIONI CLINICHE A TUTTE LE
COMMISSIONI AFFILIATE ALL'ASSOCIAZIONE DELLE COMMISSIONI PUGILISTICHE
(ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS, ABC)**

Io sottoscritto autorizzo la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York a comunicare, divulgare e fornire ad altre commissioni o programmi affiliati all'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC), inclusa l'organizzazione ufficiale responsabile della conservazione dei registri, tutti I dati medici che mi riguardano ottenuti dalla Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York in relazione alla mia abilitazione all'attività pugilistica, inclusi, tra gli altri, gli esami fisici annuali, gli esami oftalmologici, gli esami neurologici, i test di negatività al virus HIV, al virus dell'epatite B e al virus dell'epatite C, i controlli antidoping, le cartelle cliniche ospedaliere e qualunque altra informazione riguardante condizioni collegate al possesso della mia abilitazione all'attività pugilistica (come anamnesi, risultanze, diagnosi e prognosi).

Riconosco e accetto che la firma del presente documento di divulgazione di informazioni cliniche è facoltativa e che il mio rifiuto alla firma non avrà come conseguenza l'adozione di alcuna azione negativa nei miei confronti da parte della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York o di alcuna delle commissioni affiliate all'ABC.

Riconosco e accetto che i dati clinici descritti nel presente documento non verranno divulgati per finalità diverse da quelle stabilite per la commissione affiliata all'ABC che determinerà la mia idoneità alla partecipazione a un incontro pugilistico.

Riconosco e accetto che tale autorizzazione sarà valida per il periodo di un anno dalla data della firma e che riguarderà tutti i dati clinici descritti nel presente documento, creati prima o dopo la data di firma dell'autorizzazione.

NOME DEL PUGILE (STAMPATELLO)

ID FEDERALE DEL PUGILE

FIRMA DEL PUGILE

DATA DELLA FIRMA

-Questa sezione è stata intenzionalmente lasciata vuota-



AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE (HIPAA)

Table with patient information: Nome del paziente, Data di nascita, Numero di previdenza sociale, Indirizzo del paziente, N. di telefono del paziente.

I, o il mio rappresentante autorizzato, richiedo che le informazioni riguardanti le cure e i trattamenti a cui sono sottoposto vengano divulgate secondo quanto stabilito nel presente modulo:

In conformità con la legge dello Stato di New York e le norme sulla privacy definite nella Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del 1996, dichiaro di comprendere che:

- 1. La presente autorizzazione potrà includere la divulgazione di informazioni relative ad ABUSO DI ALCOLICI e FARMACI, TRATTAMENTI DI IGIENE MENTALE, salvo note di psicoterapia, e INFORMAZIONI RISERVATE SUL TRATTAMENTO PER L'HIV* solo se apporrò le mie iniziali sulla riga appropriata al punto 9(a).
2. Qualora autorizzi la divulgazione di informazioni sul trattamento per l'HIV, l'abuso di alcolici o farmaci o su trattamenti di igiene mentale, il destinatario è tenuto a non divulgare nuovamente tali informazioni in assenza di autorizzazione da parte mia, salvo i casi in cui ciò sia consentito dalla legge federale o dello stato.
3. Potrò revocare in qualunque momento la presente autorizzazione scrivendo al fornitore di servizi di assistenza sanitaria indicato in basso.
4. Riconosco che la firma di tale autorizzazione è volontaria. Il mio trattamento, il pagamento, l'adesione a un piano sanitario o l'idoneità a benefit non verrà condizionata dalla mia autorizzazione di tale divulgazione.
5. Le informazioni divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario (fatto salvo quanto riportato al punto 2).
6. LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE NON CONSENTE LA DISCUSSIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE O DEI TRATTAMENTI CLINICI CHE MI RIGUARDANO CON SOGGETTI DIVERSI DAL RAPPRESENTANTE LEGALE O DALL'AGENZIA STATALE INDICATI AL PUNTO 9 (b).

1. Nome e indirizzo del fornitore di servizi o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà queste informazioni:

2. Nome e indirizzo delle persone o della categoria di persone a cui verranno inviate queste informazioni: New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038

9(a). Informazioni specifiche da divulgare:

- Cartella clinica da (inserire data) a (inserire data)
Cartella clinica completa con anamnesi del paziente, note di ufficio (tranne note di psicoterapia), risultati di test, studi radiologici, pellicole, consulenze, consulti, dati di fatturazione, dati di assicurazione e dati inviati da altri fornitori di servizi di assistenza sanitaria.
Altro:
Includere: (Indicare con iniziali)
Trattamento per alcolici/farmaci
Trattamenti di igiene mentale
Informazioni su trattamenti per l'HIV

Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie
(b) Apponendo le iniziali qui autorizzo
Iniziali Nome del singolo fornitore di assistenza sanitaria
a discutere le informazioni sanitarie che mi riguardano con il mio rappresentante legale o l'agenzia statale indicata qui:
New York State Athletic Commission
(Nome del rappresentante legale/azienda o agenzia statale)

10. Motivo della comunicazione delle informazioni:
Dietro richiesta del soggetto
11. Data o evento in cui scadrà questa autorizzazione:
A un anno dalla data odierna

12. Nome del firmatario del modulo (se diverso dal paziente): N/A
13. Autorizzazione alla firma per conto del paziente: N/A

Tutti i punti del presente modulo sono stati completati e ho ricevuto risposte alle mie domande sul modulo. Ho inoltre ricevuto copia del modulo.
Data:
(Firma del paziente o rappresentante legalmente autorizzato)

* Virus da immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La Legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York protegge le informazioni che possono permettere di identificare un soggetto che presenti i sintomi o l'infezione da HIV e le informazioni che riguardano i contatti di un soggetto.