



## Richiesta di licenza di professionista di sport da combattimento (pugile professionista e atleta di arti marziali miste professionista)

**Legga attentamente le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda.** Richieste incomplete verranno respinte, con conseguente ritardo nella concessione della licenza. Eventuali omissioni, inesattezze o lacune nelle dichiarazioni rilasciate in una richiesta o nella documentazione di supporto potranno essere ritenute motivo sufficiente per il rifiuto della licenza o per la sospensione o la revoca di una licenza già concessa.

### Sono previsti requisiti di età per diventare professionisti di sport da combattimento con licenza?

Sì. Per diventare professionisti di sport da combattimento con licenza è necessario avere almeno 18 anni.

### Quali sono le tasse e il periodo di validità per una licenza di professionista negli sport da combattimento?

La tassa per la richiesta di licenza di pugile professionista è di 10,00 \$. La tassa per la richiesta di licenza di atleta di arti marziali miste professionista è di 50,00 \$. La licenza di atleta di arti marziali miste è valida per un anno dalla data di decorrenza della stessa. La licenza di pugile è valida fino al 30 settembre successivo alla data di rilascio della stessa.

### Quando posso richiedere una licenza originale?

Può richiedere una licenza originale in qualsiasi momento. Tuttavia, se intende partecipare a una gara in programma, dovrebbe presentare la richiesta di licenza e la necessaria documentazione due settimane prima di tale gara per garantire i tempi tecnici necessari per la procedura.

### Quando devo rinnovare la licenza?

Può rinnovare la licenza da tre mesi prima fino a tre anni dopo la data di scadenza della licenza. Se non rinnova la licenza entro il termine di tre anni, deve inviare una richiesta di licenza originale con la documentazione richiesta.

### Devo fornire le impronte digitali?

No, non occorre fornire le impronte digitali.

### Perché devo indicare il mio indirizzo e-mail?

Riceverà via e-mail sia la licenza che tutta la corrispondenza relativa alla licenza o alla richiesta. Se ha cambiato indirizzo e-mail, invii una richiesta di modifica al nostro ufficio indicando il suo nuovo indirizzo e-mail.

### Quali risultati di esami clinici occorre presentare per ottenere la licenza?

Sono richiesti i seguenti risultati di esami clinici, con relative date:

- Anamnesi e stato di salute fisica firmati da un medico in data non antecedente all'ultimo anno
- Esame RM (risonanza magnetica) al cervello effettuato in data non antecedente agli ultimi 3 anni
- ECG a 12 derivazioni effettuato in data non antecedente all'ultimo anno
- Esame del fondo oculare effettuato da un oftalmologo in data non antecedente all'ultimo anno
- Analisi per l'antigene di superficie dell'epatite B effettuata in data non antecedente all'ultimo anno
- Analisi degli anticorpi dell'epatite C effettuata in data non antecedente all'ultimo anno
- Test HIV effettuato in data non antecedente all'ultimo anno
- Esame PT/INR più recente
- Conta delle piastrine o emocromo più recente
- Esame PTT più recente
- Per le donne, test di gravidanza effettuato in data non antecedente a 30 giorni da ciascun evento

### Quale documentazione attesta la mia preparazione per combattere a livello professionistico?

- Copia della scheda dei combattimenti a livello amatoriale (necessaria se si tratta del suo debutto nel pugilato professionistico)
- Lettera dell'allenatore con informazioni sul regime di allenamento attuale e sulle prestazioni a livello amatoriale (necessaria se si tratta del suo debutto a livello professionistico)
- Lettera di un'altra commissione statale per l'atletica
- Lettera di un ente di approvazione a livello amatoriale che attesta la sua preparazione per combattere a livello professionistico
- Articoli o documenti relativi alla sua carriera sportiva
- Copia di Fight Fax o BoxRec (pugilato)
- Copia della scheda di combattimenti di MixedMartialArts.com (arti marziali miste)
- Copia del documento di identificazione federale per il pugilato/nazionale per le arti marziali miste
- Riprese video di prestazioni sportive

### Quali documenti devo allegare alla richiesta?

- Anamnesi e stato di salute fisica firmati da un medico
- Risultati degli esami clinici elencati sopra con le relative date
- Copia di un documento d'identità ufficiale munito di fotografia e non scaduto
- Documentazione che attesta la sua preparazione per combattere a livello professionistico (copia della scheda di combattimenti a livello amatoriale, Fight Fax, BoxRec, Mixed MartialArts.Com, lettera dell'allenatore, riprese video, lettera di un ente di approvazione amatoriale ecc.) – NON NECESSARIA PER IL RINNOVO
- Documentazione comprovante la sua risposta affermativa alle domande della sezione "Informazioni di base" della presente richiesta
- Tassa di 10,00 \$ per la richiesta di licenza di pugile professionista
- Tassa di 50,00 \$ per la richiesta di licenza di atleta di arti marziali miste professionista

### Quali forme di pagamento sono accettate?

Il pagamento può essere effettuato mediante assegno o money order intestato all'ordine del Dipartimento di Stato. Non inviare contanti. **La tassa versata per le richieste non è rimborsabile.** Per ogni assegno respinto dalla sua banca verrà addebitato un costo di 20 \$.

### In che modo devo inviare la richiesta e la documentazione accessoria alla Commissione statale per l'atletica (State Athletic Commission)?

La richiesta va spedita a:  
New York State, Department of State  
State Athletic Commission  
P.O. Box 22090  
Albany, NY 12201-2001

### 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 ai sensi del §175.35 del Penal Law (Codice penale). 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 richiesta devo fornire il numero di previdenza sociale SSN ?

Sì. La Commissione statale per l'atletica (State Athletic Commission) è tenuta a raccogliere i numeri di previdenza sociale SSN di tutti i titolari di licenza. L'autorità di richiedere e gestire le informazioni personali è indicata nel §5 del Codice tributario (Tax Law) e nel §3-503 della Legge generale sugli obblighi (General Obligations Law). 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 persone, 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 riscosse 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 Tax Law 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 al pubblico. Laddove non venga fornito il numero di previdenza sociale SSN, sarà richiesta una spiegazione scritta. L'autorità preposta alla richiesta di tali informazioni è anche indicata al titolo 19 NYCRR §207.5(a)(1). 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.

**NOTARE CHE LA PRESENTAZIONE DI QUESTA RICHIESTA NON GARANTISCE L'AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE A INCONTRI SPORTIVI DI COMBATTIMENTO PROFESSIONISTICO.**



**Richiesta di licenza di professionista di sport da combattimento (pugile professionista e atleta di arti marziali miste professionista)**

Legga le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda. Scriva a penna e in stampatello le risposte. Il simbolo \* indica l'obbligo di fornire una risposta.

Per richiedere più licenze, presenti richieste separate, versando la relativa tassa e allegando la documentazione per ciascuna licenza.

\*Selezioni la categoria di licenza (spunti solo un'opzione):  Pugile (10,00 \$)  Atleta di arti marziali miste (50,00 \$)

Il suo nome compare al momento presente nel cartellone di una gara di pugilato per professionisti nello Stato di New York?  Sì  No

Se la risposta è "Sì", indichi la data: \_\_\_\_\_

Struttura: \_\_\_\_\_

\*Intende richiedere una nuova licenza, rinnovare la licenza o modificare/sostituire le informazioni registrate?

(sceglia un'opzione):  Nuova licenza (tassa indicata in alto)  Rinnovo (tassa indicata in alto)  Modifica (nessuna tassa)

**INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE**

*Nome	*Cognome	Iniziale secondo nome	Suffisso
Pseudonimi (se in passato era conosciuto con altri nomi, li indichi di seguito)			
*Indirizzo 1	Indirizzo 2		
*Città	*Stato degli USA o provincia canadese	*Codice postale	
Contea (se residente nello Stato di New York)	*Paese	*Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	*Data di nascita (mm/gg/aaaa)
*Ha un numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se la risposta è "Sì", indichi il numero di previdenza sociale: _____			
*Numero di telefono di casa	Azienda	Cell.	*Indirizzo e-mail

\* Ho allegato una copia di un documento d'identità ufficiale munito di fotografia e non scaduto.

**INFORMAZIONI SULL'ATLETA**

*Peso normale (libbre)	*Categoria di peso minimo (libbre)	*Categoria di peso massimo (libbre)	*Altezza (piedi e pollici)
Soprannome (se applicabile)			
Se presenta segni particolari (tatuaggi, cicatrici, nei, piercing, ecc.), li descriva di seguito:			
Numero di identificazione federale per pugilato/Numero identificativo nazionale per arti marziali miste		Data di scadenza del documento di identità	

1) \*Descriva la sua esperienza e motivi la sua idoneità a combattere a livello professionistico nello stato di New York. Se lo spazio non è sufficiente, allegli altri documenti.

--

2) \*Allegli copie dei documenti che attestano la sua preparazione per combattere a livello professionistico nello stato di New York (veda l'elenco di documenti a pag. 1).

3) \*Che tipo di documentazione sta presentando per attestare di essere preparato a combattere a livello professionistico?

Professionista  Non professionista

**Manager** (se ha stipulato un contratto con un manager, indichi le seguenti informazioni):

Nome aziendale del manager	Nome del manager	Cognome del manager	Iniziale secondo nome	Suffisso
Numero di telefono del manager		Indirizzo e-mail del manager		

**Richiesta di licenza di professionista di sport da combattimento (pugile professionista e atleta di arti marziali miste professionista)****Allenatore** (se ha un allenatore, indichi le seguenti informazioni):

Nome dell'allenatore	Cognome dell'allenatore	Iniziale secondo nome	Suffisso
Numero di telefono dell'allenatore		Indirizzo e-mail dell'allenatore	

**Promotore** (se ha stipulato un contratto con un promotore, indichi le seguenti informazioni):

Nome aziendale del promotore	Nome del promotore	Cognome del promotore	Iniziale secondo nome	Suffisso
Numero di telefono del promotore				

**\*Palestra - In quale palestra o struttura si allena?**

*Nome aziendale della palestra o struttura di allenamento				
*Città	*Stato	Paese	*Numero di telefono	

Se ha rapporti di parentela o personali con arbitri, giudici o cronometristi professionisti o con dipendenti della Commissione per l'atletica dello Stato di New York (NYS Athletic Commission), ne indichi i nomi:

**INFORMAZIONI DI BASE**

1) \*Lei è titolare o è mai stato titolare di una licenza rilasciata dalla Commissione per l'atletica dello Stato di New York (NYS Athletic Commission) o da un'altra commissione per l'atletica?

 Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi le seguenti informazioni per ciascuna licenza di cui è o è stato in possesso:

Tipo di licenza	Stato di rilascio (solo USA)	Paese di rilascio	Numero di licenza	Anno di licenza

2) \*Lei o un'azienda in cui è o è stato un dirigente a New York o altrove ha mai visto revocata, sospesa o rifiutata una licenza o un'autorizzazione o è mai stato oggetto di un provvedimento disciplinare?

 Sì  No Se la risposta è "Sì", spieghi:

--

3) \*Ha mai subito una condanna penale a New York o altrove per un reato minore o grave di qualunque tipo?

 Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi le seguenti informazioni per ciascuna condanna:

Anno di condanna	Giurisdizione in cui è avvenuta la condanna	Violazione (reato) per cui è stato condannato

**In caso di condanna, alleggi una copia del certificato di riabilitazione penale (Certificate of Relief from Disabilities), dell'atto di grazia ufficiale (Executive Pardon), del certificato di buona condotta (Certificate of Good Conduct) o altra documentazione di supporto.**

4) \*Lei è oggetto di accuse penali pendenti (per reati minori o gravi) presso un tribunale di New York o altrove?

 Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi le seguenti informazioni per ciascuna accusa:

Anno di accusa	Giurisdizione in cui è stata presentata l'accusa	Violazione (natura dell'accusa)	Stato attuale dell'accusa

5) \*Ha contratto debiti legati al gioco d'azzardo?

 Sì  No Se la risposta è "Sì", spieghi:

--

**DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE**

**1) \*Dichiarazione sul mantenimento dei figli:**

Dichiaro che alla data della presente richiesta non mi trovo nell'obbligo di corresponsione dell'assegno di mantenimento dei figli o 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.

Ho letto e compreso la dichiarazione sul mantenimento dei figli e dichiaro di essere in regola.

**2) \*Dichiarazione in materia di salute 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 salute e sicurezza all'atto del rilascio della Tessera identificativa federale (Federal Identification Card). Oltre a tale dichiarazione, la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYS Athletic Commission) ritiene opportuno, nell'interesse dell'attività pugilistica, includere una dichiarazione in materia di salute e sicurezza in ciascuna domanda di licenza per l'attività pugilistica professionistica presentata nello Stato di New York.

I candidati all'attività di professionista di sport da combattimento 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 professionista di sport da combattimento 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 per individuare eventuali lesioni cerebrali e altre condizioni cliniche controindicate per praticare sport da combattimento a livello professionistico. 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.

**3) \*Leggi, norme e politiche (consultabili online all'indirizzo [www.dos.ny.gov/athletic](http://www.dos.ny.gov/athletic)):**

Riconosco, accetto e confermo di essere responsabile per l'osservanza di leggi, norme e politiche dello Stato di New York e della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC) previste in base alla disciplina della mia licenza.

**4) \*Dichiarazione per la richiesta:**

Io sottoscritto dichiaro di presentare la richiesta in conformità alle leggi dello Stato di New York e ai sensi delle norme e dei regolamenti della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York. Riconosco che la presente richiesta potrà essere accolta o respinta dal Dipartimento di stato dello Stato di New York (New York State Department of State), Commissione statale per l'atletica, previo esame della stessa. Riconosco che la presentazione della richiesta non comporta diritti né privilegi ai fini dello svolgimento delle attività per le quali la licenza è necessaria. Consapevole delle sanzioni penali applicate in caso di dichiarazioni mendaci, affermo che le informazioni qui contenute sono veritiere. Riconosco e accetto che la registrazione di eventuali informazioni false riportate nella presente richiesta può esporre la mia persona a sanzioni penali e amministrative. Riconosco e accetto inoltre l'obbligo di aggiornare immediatamente la presente richiesta di licenza e presentare la richiesta aggiornata al Dipartimento di stato dello Stato di New York, Commissione statale per l'atletica, in caso di modifica delle informazioni riportate nella stessa. Riconosco che la licenza rilasciata ai fini della presente richiesta non è trasferibile.

\_\_\_\_\_  
Nome del richiedente in stampatello

X

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
Data

**Alleggi la seguente documentazione alla richiesta:**

- Anamnesi e stato di salute fisica firmati da un medico
- Risultati di esami clinici con relative date (veda le istruzioni per la richiesta a pagina 1)
- Copia di un documento d'identità munito di fotografia non scaduto
- Documentazione che attesta la sua preparazione per combattere a livello professionistico a New York (copia della scheda dei combattimenti a livello amatoriale, Fight Fax, BoxRec, Mixed MartialArts.Com, documento di identificazione federale per il pugilato/nazionale per le arti marziali miste, lettera dell'allenatore, riprese video, lettera di un ente di approvazione non professionistico, ecc.) – NON NECESSARIA PER IL RINNOVO
- Documentazione comprovante la sua risposta affermativa alle domande della sezione "Informazioni di base" della presente richiesta
- Tassa di 10,00 \$ per la richiesta di licenza di pugile professionista (pagata tramite assegno o money order)
- Tassa di 50,00 \$ per la richiesta di licenza di atleta di arti marziali miste professionista (pagata tramite assegno o money order)

---

## Comunicazioni sullo stato di salute del professionista di sport da combattimento

---

(le informazioni verranno conservate nella scheda clinica di ciascun professionista di sport da combattimento)

### **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 professionista di sport da combattimento, nell'ambito degli esami clinici, si sottoponga a screening per individuare l'eventuale abuso di farmaci e/o steroidi secondo le indicazioni della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC). Inoltre, la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC) si riserva il diritto di richiedere ai professionisti di sport da combattimento 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 professionista di sport da combattimento stesso, in conformità con le Leggi varie par. 8925[3] di New York.
- II.** L'uso di sostanze sottoposte a controllo, definite dal Codice penale e dalla Legge sulla sanità pubblica (Public Health Law) di New York, è vietato e può determinare sanzioni disciplinari, incluse, a titolo esemplificativo ma non limitativo, sospensione, revoca, confisca dei premi, modifica del risultato di un combattimento e/o multe. Tali penalità possono essere imposte a ogni titolare di licenza o permesso responsabile dell'abuso di farmaci e/o sostanze illecite, secondo quanto previsto dalla Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC).
- III.** Nel caso in cui venga rilevata la presenza di sostanze e/o farmaci proibiti, il professionista di sport da combattimento verrà interdetto dall'attività sportiva all'interno dello Stato e i risultati dei precedenti combattimenti verranno modificati in "no contest" (incontro annullato).
- IV.** Oltre alle sanzioni amministrative, il professionista di sport da combattimento risultato positivo al test di violazione della politica della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (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 Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC).
- V.** Il professionista di sport da combattimento accetta e riconosce che la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC) applicherà in modo rigoroso la presente politica ed esigerà sanzioni appropriate per le eventuali violazioni.

Dichiarazione del richiedente - Firmando la presente domanda, io sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste per chi rilascia dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver 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 richiedente  
in stampatello: \_\_\_\_\_

Firma del  
richiedente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



---

## **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 (New York State Athletic Commission) 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 di professionista di sport da combattimento, 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 licenza di professionista di sport da combattimento (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'Associazione delle commissioni pugilistiche (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'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC) che determinerà la mia idoneità alla partecipazione a sport da combattimento.

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 RICHIEDENTE IN STAMPATELLO**

---

**N. ID FEDERALE DEL RICHIEDENTE**

---

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

---

**DATA DELLA FIRMA**





## Autorizzazione alla divulgazione delle informazioni sanitarie ai sensi dell'HIPAA

Nome del paziente	Data di nascita	Numero di previdenza sociale
Indirizzo del paziente		N. di telefono del paziente

Io, 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 (New York State Law) e le norme sulla privacy (Privacy Rule) definite nella Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa del 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)), dichiaro di comprendere che:

- L'autorizzazione può comprendere la divulgazione di informazioni relative all'**ABUSO di ALCOL e DROGA**, alle **TERAPIE PER PROBLEMI MENTALI**, ad esclusione degli appunti delle sedute di psicoterapia, e **INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE AL VIRUS HIV\***, solo se ho inserito le mie iniziali nell'apposito spazio presente al punto 9(a). Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte di seguito includano questo tipo di informazioni e io abbia apposto le mie iniziali sulla riga corrispondente del punto 9(a), autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla persona o alle persone indicate al punto 8.
- Qualora autorizzi la divulgazione di informazioni sul trattamento per l'HIV, l'abuso di alcol o droga 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. Riconosco di avere il diritto di richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni sul mio trattamento per l'HIV senza autorizzazione. Nel caso in cui io sia oggetto di discriminazione in seguito alla comunicazione o alla divulgazione di informazioni relative al virus HIV, posso contattare la Divisione per i diritti umani dello Stato di New York (New York State Division of Human Rights) al numero (718) 741-8400 o la Commissione per i diritti umani della Città di New York (New York City Commission of Human Rights) al numero (212) 306-7450. Tali agenzie si occuperanno della tutela dei miei diritti.
- Potrò revocare in qualunque momento la presente autorizzazione scrivendo al fornitore di servizi di assistenza sanitaria indicato in basso. Riconosco di poter revocare la presente autorizzazione, ma non le azioni già adottate sulla base di questa autorizzazione.
- Riconosco che la firma di tale autorizzazione è volontaria. Il mio trattamento, il pagamento, l'adesione a un piano sanitario o l'idoneità a sussidi non verranno condizionati dalla mia autorizzazione a tale divulgazione.
- Le informazioni divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario (fatto salvo quanto riportato al punto 2). La nuova divulgazione potrebbe non ricadere sotto la tutela della legge federale o dello Stato.
- 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).**

7. Nome e indirizzo del fornitore di servizi o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà queste informazioni:	
8. Nome e indirizzo delle persone o della categoria di persone a cui verranno inviate queste informazioni: <b>New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038</b>	
9(a). Informazioni specifiche da divulgare: <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Altro: _____ Includere: (Indicare apponendo le proprie iniziali) <b>Trattamento per alcol/droga</b> <b>Informazioni sulla salute mentale</b> <b>Informazioni su trattamenti per l'HIV</b> <b>Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie</b>	
(b) <input checked="" type="checkbox"/> Apponendo le mie 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: <b>New York State Athletic Commission</b> (Nome del rappresentante legale/azienda o agenzia statale)	
10. Motivo della comunicazione delle informazioni: Dietro richiesta del soggetto <input type="checkbox"/> Altro: _____	11. Data o evento in cui scadrà questa autorizzazione: <b>A un anno dalla data odierna</b>
12. Nome del firmatario del modulo (se diverso dal paziente): <b>N/D</b>	13. Autorizzazione alla firma per conto del paziente: <b>N/D</b>
Tutti i punti del presente modulo sono stati completati e ho ricevuto risposta a tutte le mie domande in relazione al presente modulo. Mi è stata fornita, inoltre, una copia dello stesso.	
Data: _____	
(Firma del paziente o rappresentante legalmente autorizzato)	

\*Virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La legge sulla sanità dello Stato di New York (New York State Public Health Law) 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.