



## APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

## DOMANDA DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA PROFESSIONISTICA

*Read the instructions carefully before completing the application. Incomplete applications will be returned, delaying licensure. Any omission, inaccuracy or failure to make full disclosure in an application or supporting documentation may be deemed sufficient reason to deny a license, or, if a license is issued could result in the suspension or revocation of a license.*

*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.*

### What is a Professional Boxer?

#### Che cosa si intende per "pugile professionista"?

New York State law (Title 25 of the Unconsolidated Laws) defines a professional boxer as: "one who competes for a money prize or teaches or pursues or assists in the practice of boxing as a means of obtaining a livelihood or pecuniary gain... ." (NY Uncon. § 8907)

La legge dello Stato di New York (titolo 25 delle Leggi varie [Unconsolidated Laws]) definisce un pugile professionista come: "una persona che compete per un premio in denaro, o insegna, o persegue, o assista nella pratica del pugilato come mezzo per ottenere sostentamento o un guadagno monetario... ." (Leggi varie dello Stato di New York, par. 8907).

### What is the fee and term for a Professional Boxer?

#### Che cosa si intende per "tariffa" e "termine" per un pugile professionista?

The application fee for a Professional Boxing license is \$10.00 and is valid until September 30th of the year which the license is granted.

La tariffa per la domanda di licenza di pugile professionista è di \$ 10,00 ed è valida fino al 30 settembre dell'anno in cui la licenza viene concessa.

### When can I apply for a license?

#### Quando è possibile richiedere una licenza?

In order to be granted a license you must first be scheduled to appear on a professional boxing card and pass rigorous medical exams, accordingly, you should not submit this application until you have been conditionally approved to box by the Commission.

Per ottenere il rilascio 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.

### Child Support Statement section of the application

#### Sezione della domanda riservata alla

#### Dichiarazione sul mantenimento dei figli (Child Support Statement)

The Child Support Statement is mandatory in New York State (General Obligations Law) regardless of whether or not you have children or any support obligation.

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.

**Any person who is four months or more in arrears in child support may be subject to having his or her business, professional and driver's licenses suspended.**

**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.**

The intentional submission of a false written statement for the purpose of frustrating or defeating the lawful enforcement of support obligations is punishable under §175.35 of the Penal Law. It is a Class E felony to offer a false instrument for filing with a state or local government with the intent to defraud.

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). L'offerta di uno strumento falso per la registrazione presso un ente statale o locale a scopo di frode è considerata reato di classe E.

**PRIVACY NOTIFICATION**  
**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**Do I need to provide my Social Security number on the application?**

**Nella domanda bisogna fornire il numero di previdenza sociale?**

Yes. The State Athletic Commission is required to collect the Social Security numbers of all licensees. The authority to request and maintain such personal information is found in §5 of the Tax Law and §3-503 of the General Obligations Law. Disclosure by you is mandatory. The information is collected to enable the Department of Taxation and Finance to identify individuals, businesses and others who have been delinquent in filing tax returns or may have underestimated their tax liabilities and to generally identify persons affected by the taxes administered by the Commissioner of Taxation and Finance. It will be used for tax administration purposes and any other purpose authorized by the Tax Law and may also be used by child support enforcement agencies or their authorized representatives of this or other states established pursuant to Title IV-D of the Social Security Act, to establish, modify or enforce an order of support, but will not be available to the public. A written explanation is required where no number is provided. The authority to request this information is also provided by 19 NYCRR § 207.7(a)(1). This information will be maintained in the Licensing Information System by the Commission, at 123 William Street, New York, NY 10038-3804.

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. L'autorità preposta alla richiesta di tali informazioni è anche indicata al Titolo 19 NYCRR paragrafo 207.7(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.

**Do I need to be fingerprinted to be a licensed boxer?**

**Per ottenere la licenza pugilistica occorre fornire le impronte digitali?**

Yes, to be a licensed professional boxer you must be fingerprinted (NY Unconsolidated Laws § 8911). Your application cannot be approved until your fingerprint results have been returned to the Commission.

Sì, per ottenere la licenza pugilistica professionistica, il richiedente dovrà fornire le sue impronte digitali (Leggi varie dello Stato di New York par. 8911). La domanda non sarà approvata fino a quando i risultati della verifica delle impronte digitali non verranno consegnati alla Commissione.

**PLEASE TAKE NOTICE THAT SUBMITTING THIS APPLICATION DOES NOT GUARANTEE YOU WILL BE AUTHORIZED TO ENGAGE IN A PROFESSIONAL BOXING CONTEST. LA PRESENTAZIONE DI QUESTA DOMANDA NON GARANTISCE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE A UN INCONTRO PUGILISTICO PROFESSIONISTICO.**

**PLEASE DO NOT RETURN THIS COVER PAGE WITH YOUR APPLICATION. - THANK YOU - NON RESTITUIRE LA PRESENTE PAGINA DI COPERTINA CON LA DOMANDA. - GRAZIE -**



# New York State Athletic Commission

New York State  
New York State  
**Dipartimento di Stato**  
**Commissione statale per l'atletica**  
123 William Street  
New York, NY 10038-3804  
Telefono: (212) 417-5700  
www.dos.ny.gov/athletic

## APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE DOMANDA DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA PROFESSIONISTICA

PART A  
PARTE A

**Read the instructions before completing this application.**  
**Legga le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda.**  
**You must answer each question and PRINT responses in ink.**  
**Risponda a tutte le domande e scriva le risposte a penna e in STAMPATELLO.**

APPLICANT'S NAME NOME DEL RICHIEDENTE	LAST COGNOME	FIRST NOME	MI II NOME	SUFFIX TITOLO
APPLICANT'S HOME ADDRESS — NUMBER AND STREET (P.O. BOX MAY BE ADDED TO ENSURE DELIVERY) INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE - VIA E N. CIVICO (È POSSIBILE AGGIUNGERE UNA CASELLA POSTALE PER GARANTIRE LA CONSEGNA)				
CITY CITTÀ		STATE STATO	ZIP + 4 CAP + 4	
COUNTY CONTEA		COUNTRY PAESE		
SOCIAL SECURITY NUMBER (See Privacy Notification) N. DI PREVIDENZA SOCIALE (vedere Informativa sulla privacy)		DATE OF BIRTH (month, day, year) DATA DI NASCITA (mese, giorno, anno)	DAYTIME PHONE (REQUIRED; if problem with application) TELEFONO (OBBLIGATORIO in caso di problemi con la domanda)	
E-MAIL ADDRESS (REQUIRED) INDIRIZZO E-MAIL (OBBLIGATORIO)				

### Background Information — You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned. Informazioni sui precedenti personali — Compili questa sezione. In caso contrario, la domanda verrà respinta.

- Have you ever been issued either a New York State Professional Boxing License or Permit?  
Ha mai ricevuto una licenza o un permesso per l'attività pugilistica professionistica nello Stato di New York?  
Yes  No  →IF "YES," check appropriate box: License Permit  
Sì  No  →SE "SÌ", selezioni la casella appropriata: Licenza Permesso
- Have you ever been convicted in this state or elsewhere of **any** criminal offense that is a misdemeanor or felony?  
Ha mai subito una condanna penale in questo o in altro Stato per un reato minore o grave **di qualunque tipo**?  
Yes  No  →IF "YES," provide an explanation.  
Sì  No  →SE "SÌ", fornisca una spiegazione.
- Are there any criminal charges (misdemeanors or felonies) pending against you in any court in this state or elsewhere?  
Ha accuse penali (per reati penali minori o gravi) pendenti presso un tribunale di questo o di altro Stato?  
Yes  No  →IF "YES," provide an explanation.  
Sì  No  →SE "SÌ", fornisca una spiegazione.
- Has **any** (not limited to boxing) license or permit issued to you or a company in which you are or were a principal in New York State or elsewhere ever been revoked, suspended or denied?  
Lei o una società in cui è o era un dirigente nello Stato di New York o in altro Stato ha mai visto revocata, sospesa o rifiutata una licenza o un permesso **di qualunque tipo** (non limitato all'attività pugilistica)?  
Yes  No  →IF "YES," provide an explanation.  
Sì  No  →SE "SÌ", forniscia una spiegazione.

---

# APPLICATION FOR PROFESSIONAL BOXER LICENSE

## DOMANDA DI LICENZA PER L'ATTIVITÀ PUGILISTICA PROFESSIONISTICA

---

### Child Support Statement

#### Dichiarazione sul mantenimento dei figli

**By signing this application**, I certify that as of the date of this application, I am not under an obligation to pay child support **OR** if I am under an obligation to pay child support, I am not four or more months in arrears in the payment of child support, or I am making payments by income execution or by court agreed payment or repayment plan or by plan agreed to by the parties or my child support obligation is the subject of a pending court proceeding, or I am receiving public assistance or supplemental security income.

**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.

---

### Professional Boxing Information

#### Informazioni sull'attività pugilistica professionistica

*You must complete this section. If you do not complete it, your application will be returned.*

*Compili questa sezione. In caso contrario, la domanda verrà respinta.*

1. Normal boxing weight: .....  
Categoria di peso normale:
  2. Height: .....  
Altezza:
  3. Ring name (if applicable): .....  
Alias (se applicabile):
  4. Distinguishing marks: .....  
Segni particolari:
  5. Have you ever been disqualified in any contest or disciplined by the State Athletic Commission of New York or by any other Athletic Commission for any cause whatsoever?  
È mai stato squalificato in un incontro o sottoposto a sanzione disciplinare dalla Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York o da un'altra Commissione per l'atletica per qualunque motivo?  
**Yes**       **No**  → **IF "YES,"** (If yes on a separate sheet of paper please provide a detailed explanation).  
**Sì**                      **No**      → **SE "SÌ"**, fornisca una spiegazione dettagliata in un foglio separato.
  6. At what gym are you currently training? (provide name, address and phone number of gym): .....  
Presso quale palestra si allena? (indichi nome, indirizzo e numero di telefono della palestra):
  7. Manager's name (if applicable): .....  
Nome del manager (se presente):
  8. Manager's address and telephone: .....  
Indirizzo e n. di telefono del manager:
  9. Name of trainer (if applicable): .....  
Nome dell'allenatore (se presente):
  10. Name of Promoter (if applicable): .....  
Nome dell'organizzatore (se presente):
- 

**Applicant Affirmation** - I subscribe and affirm under the penalties of perjury that the statements made in this application (including statements made in any accompanying papers) have been examined by me, and to the best of my knowledge and belief, are true and correct. I understand that any misstatement made on this application for approval could result in disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation and/or fines.

**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.

#### "HEALTH AND SAFETY DISCLOSURE" "DICHIARAZIONE IN MATERIA DI SANITÀ E SICUREZZA"

**As per the Muhammad Ali Boxing Reform Act (15 USC § 6305[c] [2000]), it is the sense of Congress that each boxing commission should present to every professional boxer a health and safety disclosure upon issuance of a Federal Identification Card. In addition to such disclosure, the New York State Athletic Commission believes that it is in the best interest of boxing to include a health and safety disclosure with every professional boxer license application filed in the State of New York.**

**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.

**As a professional boxer you should be aware that this sport includes many health and safety risks, including but not limited to the risk of brain injury. Therefore, it is strongly recommended that every professional boxer periodically undergo the necessary medical exams and procedures that detect brain injury. In connection with this license application, certain specific medical exams and procedures intended to detect brain injury and other medical conditions contraindicated for professional boxing may be required by the State Athletic Commission. If you need further information about these exams, please contact the New York State Athletic Commission.**

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 senza limitazioni 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.

**I affirm that I understand the above statement.**

Dichiaro di avere letto e compreso la precedente dichiarazione.

X

\_\_\_\_\_  
*Boxer's Signature*  
*Firma del pugile*

\_\_\_\_\_  
*Date:*  
*Data:*

**FOR COMMISSION USE ONLY:  
RISERVATO ALLA COMMISSIONE:**

---

---

License Number: \_\_\_\_\_

Numero di licenza:



**PART B  
PARTE B**

**Boxer Medical Releases and Disclosure Sections-  
Sezioni relative alle comunicazioni e alle  
divulgazioni sullo stato di salute del pugile-**

**(Information provided in Part B will be maintained in each boxer's medical file)  
(Le informazioni fornite nella Parte B verranno conservate nella scheda clinica di ogni pugile)**

**NEW YORK STATE ATHLETIC COMMISSION  
DRUG ABUSE AND STEROID POLICY  
POLITICA DELLA COMMISSIONE STATALE PER  
L'ATLETICA DELLO STATO DI NEW YORK IN MATERIA  
DI ABUSO DI FARMACI E STEROIDI**

- I. The New York State Athletic Commission (NYSAC) requires that every boxer, as part of his/her medical examination, submit to drug and/or steroid screening in a manner directed by the NYSAC. In addition, NYSAC reserves the right to direct any licensed Boxer to submit to drug and/or steroid screening at any time during the period of licensure without prior notice to the Boxer, in accordance with NY Unconsolidated Laws § 8925[3].**  
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. Use of controlled substances, as defined by the New York Penal Law and Public Health Law, are forbidden and may lead disciplinary action, including but not limited to: suspension, revocation, forfeiture of purse, modification of a boxing result and/or fines. Such penalties may be imposed upon any licensee or permit holder responsible for the abuse of such drugs and/or illicit substances as determined by NYSAC.**  
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. If any prohibited drugs and/or substances are detected such boxer may be precluded from boxing within the State and have the results of any such previous bout modified to a "no contest."**  
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. In addition to any administrative penalties, any boxer testing positive for a violation of NYSAC's drug abuse and steroid policy shall be suspended medically and may not compete in this State or elsewhere until the boxer has been medically cleared by NYSAC's medical staff.**  
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

**V. The boxer acknowledges and understands that NYSAC will vigorously enforce and seek appropriate sanctions for any violations of this policy.**

**Il pugile accetta e riconosce che la NYSAC applicherà in forma stringente la presente politica ed esigerà sanzioni appropriate per le eventuali violazioni.**

**Boxer Affirmation – By my signature below I hereby subscribe and affirm under the penalties of perjury that I have reviewed the foregoing policy on prohibited drugs and/or illicit substances, that I agree to the terms described therein and that I am not currently using or otherwise under the influence of any prohibited drugs and/or illicit substances.**

**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.**

**Boxer Name:** \_\_\_\_\_

Nome del pugile:

**Boxer Signature:** \_\_\_\_\_

Firma del pugile:

**Date:** \_\_\_\_\_

Data:

-This section intentionally left blank-  
-Questa sezione è stata intenzionalmente lasciata vuota-



**MEDICAL INFORMATION RELEASE**

**DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI CLINICHE**

**AUTHORIZATION TO DISTRIBUTE MEDICAL INFORMATION TO ALL MEMBER COMMISSIONS  
AFFILIATED WITH THE ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS (ABC)**

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

**I, hereby authorize the New York State Athletic Commission to release, disclose and furnish to any other commission or program affiliated with the Association of Boxing Commissions (ABC), including its official record keeper, any and all of my medical records obtained by the New York State Athletic Commission concerning my licensure as a boxer including, but not limited to, annual physical examinations, ophthalmological examinations, neurological examinations, negative tests for the HIV virus, Hepatitis B virus, and Hepatitis C virus, drug testing, hospital records, and any other information regarding conditions related to the propriety of my licensure as a boxer (including history, findings, diagnosis and prognosis).**

**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).**

**I understand, and it is agreed, that the signing of this Medical Information Release is optional, and that my declining to sign this document will not result in any adverse action being taken against me by the New York State Athletic Commission or any of the member commissions affiliated with the ABC.**

**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.**

**I understand, and it is agreed, that the medical records described herein will not be released for any purpose other than for the purpose of a member commission affiliated with the ABC determining my eligibility to participate in a boxing.**

**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.**

**I understand, and it is agreed, that this authorization shall remain in effect for a period of one year from the date it is signed, and is relevant to all medical records described herein whether such records were created prior to, or subsequent to, the date the authorization is signed.**

**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.**

\_\_\_\_\_  
**PRINTED NAME OF BOXER**  
NOME DEL PUGILE (STAMPATELLO)

\_\_\_\_\_  
**BOXER'S FEDERAL I.D. #**  
ID FEDERALE DEL PUGILE

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF BOXER**  
FIRMA DEL PUGILE

\_\_\_\_\_  
**DATE SIGNED**  
DATA DELLA FIRMA

-This section intentionally left blank-

-Questa sezione è stata intenzionalmente lasciata vuota-



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA
AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE (HIPAA)

Table with 3 columns: Patient Name, Date of Birth, Social Security Number, Patient Address, Patient Telephone Number.

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that: 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. This authorization may include disclosure of information relating to ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT, except psychotherapy notes, and CONFIDENTIAL HIV\* RELATED INFORMATION only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.

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). 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 alla casella del punto 9(a), autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla persona o alle persone indicate al punto 8.

2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (718) 741-8400 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.

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. Riconosco di avere il diritto di richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni sul trattamento per l'HIV senza autorizzazione. Nel caso in cui venga fatto oggetto di discriminazione a causa della comunicazione o della divulgazione di informazioni relative al trattamento per l'HIV, ho la facoltà di contattare la Divisione per i diritti civili (Division of Human Rights) dello Stato di New York al numero di telefono (718) 741-8400 o la Commissione per i diritti civili (Commission of Human Rights) della città di New York al numero di telefono (212) 306-7450. Tali agenzie sono responsabili della tutela dei miei diritti.

3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.

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, salvo il caso in cui tale azione sia già stata adottata sulla base di questa autorizzazione.

4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.

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. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.

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.

6. THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).

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. Name and address of health provider or entity to release this information:  
Nome e indirizzo del fornitore di servizi o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà queste informazioni:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:  
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). Specific information to be released:  
Informazioni specifiche da divulgare:  
 Medical Record from (insert date) \_\_\_\_\_ to (insert date) \_\_\_\_\_  
Cartella clinica da (inserire data) \_\_\_\_\_ a (inserire data) \_\_\_\_\_  
 Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consultations, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.  
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.  
 Other: \_\_\_\_\_ Include: (Indicate by Initialing)  
Altro: \_\_\_\_\_ Includere: (Indicare con iniziali)  
\_\_\_\_\_ **Alcohol/Drug Treatment**  
\_\_\_\_\_ **Trattamento per alcolici/farmaci**  
\_\_\_\_\_ **Mental Health Information**  
\_\_\_\_\_ **Trattamenti di igiene mentale**  
\_\_\_\_\_ **HIV-Related Information**  
\_\_\_\_\_ **Informazioni su trattamenti per l'HIV**

**Authorization to Discuss Health Information**  
**Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie**

(b)  By initialing here \_\_\_\_\_ I authorize \_\_\_\_\_  
Apponendo le iniziali qui \_\_\_\_\_ autorizzo \_\_\_\_\_  
Initials \_\_\_\_\_ Name of individual health care provider  
Iniziali \_\_\_\_\_ Nome del singolo fornitore di assistenza sanitaria  
to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:  
a discutere le informazioni sanitarie che mi riguardano con il mio rappresentante legale o l'agenzia statale indicata qui:  
**New York State Athletic Commission**  
(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)  
(Nome del rappresentante legale/azienda o agenzia statale)

10. Reason for release of information:  
Motivo della comunicazione delle informazioni:  
 At request of individual  
Dietro richiesta del soggetto  
 Other:  
Altro:

11. Date or event on which this authorization will expire:  
Data o evento in cui scadrà questa autorizzazione:  
**One year from this date**  
**A un anno dalla data odierna**

12. If not the patient, name of person signing form:  
Nome del firmatario del modulo (se diverso dal paziente):  
**N/A**

13. Authority to sign on behalf of patient:  
Autorizzazione alla firma per conto del paziente:  
**N/A**

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered in addition, I have been provided a copy of the form.  
Tutti i punti del presente modulo sono stati completati e ho ricevuto risposte alle mie domande sul modulo. Ho inoltre ricevuto copia del modulo.  
\_\_\_\_\_  
(Signature of patient or representative authorized by law)  
(Firma del paziente o rappresentante legalmente autorizzato)  
Date: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

\* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**  
\* **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.**