



## **Richiesta di licenza per ufficiale di gara in sport da combattimento professionistici (arbitro, giudice o cronometrista)**

*Legga attentamente le istruzioni prima di compilare il modulo di domanda. Le richieste incomplete verranno respinte, con conseguente ritardo nella concessione della licenza. Eventuali omissioni, inesattezze o lacune nelle dichiarazioni rilasciate nel modulo di 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.*

### **Quali sono le tasse e il periodo di validità per una licenza di arbitro, giudice e cronometrista di pugilato professionistico?**

La tassa per una licenza di arbitro e giudice di pugilato è di 50,00 \$. La tassa per una licenza di cronometrista di pugilato è di 10,00 \$. La licenza di arbitro, giudice o cronometrista per il pugilato è valida fino al 30 settembre successivo alla data di rilascio della stessa.

### **Quali sono le tasse e il periodo di validità per una licenza di arbitro, giudice e cronometrista di arti marziali miste per professionistiche?**

La tassa per una licenza di arbitro e giudice di arti marziali miste è di 100,00 \$. La tassa per una licenza di cronometrista di arti marziali miste è di 40,00 \$. La licenza di arbitro, giudice o cronometrista di arti marziali miste è valida per un anno dalla 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 nuova richiesta di licenza 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, invii una richiesta di modifica al nostro ufficio indicando il suo nuovo indirizzo e-mail.

### **Quali sono i requisiti di esperienza necessari per richiedere una nuova licenza di arbitro, giudice o cronometrista?**

I richiedenti di una nuova licenza di cronometrista devono dimostrare la propria competenza nel cronometraggio ufficialmente approvato negli sport da combattimento a livello amatoriale e professionistico o devono essere in possesso di un certificato di completamento di un corso di formazione per cronometristi approvato dall'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC). I richiedenti di una nuova licenza di arbitro o giudice di pugilato devono avere un'esperienza minima di 400 round e i richiedenti di una nuova licenza di arbitro o giudice di arti marziali miste devono avere un'esperienza minima di 200 round in incontri ufficialmente approvati a livello amatoriale o professionistico. I richiedenti di una nuova licenza di arbitro e giudice devono inoltre essere in possesso di un attestato di completamento di corsi di formazione per arbitri o giudici approvato dall'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC). Per dimostrare la sua esperienza, deve presentare almeno una lettera di referenze rilasciata da ciascun ente di approvazione amatoriale o commissione atletica incaricata di monitorare le gare.

### **Devo superare un esame o sostenere un colloquio con la Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (New York State Athletic Commission) per ottenere la licenza?**

Potrebbe essere necessario superare un esame o sostenere un colloquio con i rappresentanti della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (New York State Athletic Commission), in base all'esperienza indicata.

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

La preghiamo di non presentare risultati di esami clinici non richiesti. Sono richiesti i seguenti risultati di esami clinici, con relative date:

- Scheda completa di anamnesi e visita medica per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice effettuate in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Esame del fondo oculare effettuato da un optometrista o un oftalmologo in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- ECG a 12 derivazioni effettuato in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro)
- Analisi per l'antigene di superficie dell'epatite B effettuata in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro)
- Analisi per gli anticorpi dell'epatite C effettuata in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro)
- Test HIV effettuato in data non antecedente all'ultimo anno (per i richiedenti della licenza di arbitro)

### **Quali documenti devo presentare per attestare la mia esperienza di arbitro, giudice o cronometrista?**

- Lettera di referenze rilasciata da un ente di approvazione a livello amatoriale e da una commissione atletica incaricata di monitorare le gare, presso cui ha maturato l'esperienza necessaria
- Attestati di completamento di corsi di formazione approvati dall'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC) per arbitri, giudici o cronometristi
- Curriculum negli sport da combattimento ed elenco di referenze
- Attestati di completamento di seminari in neurologia o documenti che dimostrano l'esperienza e/o la formazione per l'identificazione dei sintomi neurologici nocivi (per i richiedenti della licenza di arbitro)

### **Quali documenti devo allegare alla richiesta?**

- Copia di un documento d'identità non scaduto e munito di fotografia
- Documentazione comprovante la sua risposta "affermativa" alle domande delle sezioni "Informazioni di base" e "Informazioni finanziarie" della presente richiesta
- Attestazione della sua formazione e della sua esperienza
- Curriculum negli sport da combattimento ed elenco di referenze
- Liberatoria per la divulgazione di informazioni mediche (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice) Copia di un documento d'identità non scaduto e munito di fotografia
- Liberatoria per la divulgazione delle informazioni sanitarie (HIPAA) (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Tassa di 50,00 \$ per la richiesta di licenza per arbitro e giudice di pugilato
- Tassa di 10,00 \$ per la richiesta di licenza per cronometrista di pugilato
- Tassa di 100,00 \$ per la richiesta di licenza per arbitro e giudice di arti marziali miste
- Tassa di 40,00 \$ per la richiesta di licenza per cronometrista di arti marziali miste

**Cos'è un curriculum negli sport da combattimento?**

Un curriculum che riepiloga le informazioni più rilevanti in relazione a qualifiche ed esperienze, titoli di studio e/o attestati di formazione e licenze nel settore del pugilato e delle arti marziali miste.

**Quali forme di pagamento sono accettate?**

Il pagamento può essere effettuato mediante assegno o vaglia 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?**

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 §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 riscossione delle imposte e per qualunque altro scopo autorizzato dal Codice tributario (Tax Law) e potranno essere utilizzate dalle agenzie responsabili della conformità agli obblighi di mantenimento dei figli o dai loro rappresentanti autorizzati di questo o di altri Stati, ai sensi del Titolo IV-D della Legge sulla previdenza sociale (Social Security Act), per rilasciare, modificare o applicare un'ordinanza di mantenimento, ma non saranno rese disponibili al pubblico. Laddove non venga fornito il numero di previdenza sociale, 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.

**LA PRESENTAZIONE DI QUESTA RICHIESTA NON ASSICURA LA DIREZIONE DI UN INCONTRO SPORTIVO DI COMBATTIMENTO PROFESSIONISTICO.**



**Richiesta di licenza per ufficiale di gara di sport da combattimento professionistici (arbitro, giudice o cronometrista)**

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

Per richiedere più licenze, presenti domande separate con le relative tasse e la documentazione per ciascuna licenza.

\*Selezioni la categoria di licenza (sceglia solo un'opzione):  
 Arbitro di pugilato (50,00 \$)  Giudice di pugilato (50,00 \$)  Cronometrista di pugilato (10,00 \$)  
 Arbitro di arti marziali miste (100,00 \$)  Giudice di arti marziali miste (100,00 \$)  Cronometrista di arti marziali miste (40,00 \$)

\*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
*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	Cell.:	Ufficio	*Indirizzo e-mail

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

**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 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.**

**Richiesta di licenza di ufficiale di gara per sport da combattimento per professionisti (arbitro, giudice o cronometrista)**

4) \*Lei è oggetto di procedimenti penali in corso (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:

**ADDESTRAMENTO ED ESPERIENZA**

1) \*Possiede un attestato di completamento di un corso di formazione per arbitro o giudice riconosciuto e approvato dall'Associazione delle commissioni pugilistiche (Association of Boxing Commissions, ABC)?

Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi il nome e la data degli ultimi tre corsi di formazione completati:

Nomi dei seminari	Date dei seminari
-------------------	-------------------

**Alleggi una copia degli attestati di completamento dei corsi**

2) \*Descriva la sua esperienza e le sue qualifiche ai fini della concessione della licenza. Se lo spazio non è sufficiente, alleggi altri documenti.

3) \*Elenchi il numero di round di esperienza acquisita negli sport da combattimento e il tipo di licenza che intende richiedere per le gare di pugilato o arti marziali miste ai livelli **amatoriali e professionistici approvati** (il numero minimo di round di esperienza richiesto per la licenza di arbitro o giudice di pugilato professionistico è 400 e per la licenza di arbitro o giudice di arti marziali miste professionistiche è 200).

Round professionistici approvati			Round amatoriali approvati		
Sport da combattimento	Round da giudice	Round da arbitro	Sport da combattimento	Round da giudice	Round da arbitro
Pugilato			Pugilato		
Arti marziali miste			Arti marziali miste		

**Alleggi almeno una lettera di referenze di un ente di approvazione amatoriale incaricato di monitorare le gare in occasione delle quali ha acquisito esperienza a livello amatoriale e almeno una lettera di referenze di una commissione atletica incaricata di monitorare le gare per le quali ha acquisito esperienza a livello professionistico.**

4) \*Ha partecipato a un seminario in neurologia tenuto da un medico designato dalla Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (New York State Athletic Commission) o ha esperienza/ha ricevuto un'adeguata formazione per l'identificazione dei sintomi neurologici nocivi per i pugili o gli atleti di arti marziali miste? (per i richiedenti della licenza di arbitro)

Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi il nome e la data degli ultimi tre seminari a cui ha partecipato:

Nomi dei seminari	Date dei seminari
-------------------	-------------------

Indichi l'ulteriore esperienza e la formazione ricevuta per l'identificazione dei sintomi neurologici nocivi per i pugili o gli atleti di arti marziali miste.

**Alleggi gli attestati di completamento dei corsi e altri documenti comprovanti l'esperienza e la formazione ricevuta.**

5) \*Ha rapporti di parentela o personali con pugili o atleti di arti marziali miste professionisti, manager, secondi, allenatori, promotori, organizzatori di incontri o altri dipendenti di enti o organismi di approvazione o dipendenti della Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York (New York State Athletic Commission)?

Sì  No Se la risposta è "Sì", indichi i nomi:

Nomi e cognomi

**Richiesta di licenza per ufficiale di gara di sport da combattimento professionisti (arbitro, giudice o cronometrista)**

6) \*Presenti una copia del suo curriculum negli sport da combattimento e un elenco di referenze. Indichi anche un recapito telefonico diurno e l'indirizzo e-mail del referente.

**INFORMAZIONI FINANZIARIE**

1) \*Ha interessi finanziari relativi all'attività di pugili o atleti di arti marziali miste professionisti, manager, secondi, allenatori, promotori, organizzatori di incontri o altri dipendenti di enti o organismi di approvazione?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisca le informazioni seguenti:

Nomi e cognomi	Descrizione degli interessi finanziari

2) \*Sussiste attualmente una sentenza definitiva non applicata a suo carico?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisca una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

3) \*Ha ancora tasse da versare in qualche giurisdizione fiscale?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisca una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

4) \*È titolare di altre licenze o fondi di garanzia sospesi o revocati e non ancora ristabiliti?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisci una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

5) \*È debitore in una procedura fallimentare pendente?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisci una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

6) \*Ha ricevuto una riabilitazione per chiusura di fallimento negli ultimi 12 mesi?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisci una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

7) \*Le è stata negata una riabilitazione per chiusura di fallimento negli ultimi 36 mesi?

Sì  No Se la risposta è "Sì", fornisci una spiegazione:

--

**Alleggi la documentazione aggiuntiva che desidera presentare.**

## Richiesta di licenza per ufficiale di gara di sport da combattimento professionistici (arbitro, giudice o cronometrista)

### INFORMAZIONI MEDICHE (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)

(Non indichi risultati di esami clinici non richiesti per questa licenza)

- 1) Per ottenere la licenza di giudice o arbitro di pugilato o arti marziali miste professionistici a New York, deve presentare il risultato di un esame del fondo oculare eseguito da un oftalmologo o optometrista titolare di licenza. L'esame non deve risalire a più di 1 anno dalla data di rilascio della licenza.  
 Ho allegato una copia del mio esame del fondo oculare.
- 2) Per ottenere la licenza di giudice o arbitro di pugilato o arti marziali miste professionistici a New York, deve presentare il risultato di un elettrocardiogramma (ECG a 12 derivazioni).  
 Ho allegato una copia del mio elettrocardiogramma.
- 3) Per ottenere la licenza di giudice o arbitro professionista di pugilato o arti marziali miste professionistici a New York, deve presentare il risultato di una visita medica effettuata da un medico abilitato. Lei e il medico dovete compilare la scheda di anamnesi e visita medica per richiedere la licenza di giudice o arbitro della Commissione per l'atletica dello Stato di New York (NYSAC).  
 Ho allegato una copia della mia scheda di anamnesi e visita medica.
- 4) Per ottenere la licenza di giudice o arbitro di pugilato o arti marziali miste professionistici a New York, deve presentare i risultati delle seguenti analisi del sangue. Le analisi del sangue non devono risalire a più di 1 anno dalla data di rilascio della licenza.  
 Ho allegato una copia dei risultati della mia analisi del sangue per l'antigene di superficie dell'epatite B.  
 Ho allegato una copia dei risultati della mia analisi del sangue per gli anticorpi dell'epatite C.  
 Ho allegato una copia dei risultati della mia analisi del sangue per l'HIV.

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

Riconosco, accetto e confermo di dover rispondere dell'osservanza delle leggi, regole e norme 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.

#### 3) \*Dichiarazione del richiedente:

Io sottoscritto, in regola con il versamento della tassa prevista, 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 e che la presentazione della richiesta non comporta diritti né privilegi ai fini dello svolgimento delle attività per le quali viene richiesta la licenza. 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

### Allegli la seguente documentazione alla richiesta:

- Copia di un documento d'identità non scaduto e munito di fotografia
- Documentazione comprovante la sua risposta affermativa alle domande delle sezioni "Informazioni di base" e "Informazioni finanziarie" della presente richiesta
- Lettere di referenze rilasciate da enti di approvazione e commissioni atletiche a livello amatoriale comprovanti la sua esperienza
- Attestati di completamento di corsi di formazione per arbitri, giudici o cronometristi approvati dall'Associazione delle commissioni pugilistiche (ABC)
- Attestati di completamento di seminari in neurologia tenuti da un medico designato dalla Commissione statale per l'atletica dello Stato di New York o altre certificazioni di esperienza/formazione per l'identificazione dei sintomi neurologici nocivi per i pugili o gli atleti di arti marziali miste (per i richiedenti della licenza di arbitro)
- Curriculum negli sport da combattimento ed elenco di referenze con i relativi recapiti
- Scheda di anamnesi e visita medica (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Risultati degli esami clinici e relative date (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Liberatoria per la divulgazione di informazioni mediche (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Liberatoria per la divulgazione delle informazioni sanitarie (HIPAA) (per i richiedenti della licenza di arbitro e giudice)
- Tassa di 50,00 \$ per la richiesta di licenza per arbitro e giudice di pugilato (pagata tramite assegno o vaglia)
- Tassa di 10,00 \$ per la richiesta di licenza per cronometrista di pugilato (pagata tramite assegno o vaglia)
- Tassa di 100,00 \$ per la richiesta di licenza per arbitro e giudice di arti marziali miste (pagata tramite assegno o vaglia)
- Tassa di 40,00 \$ per la richiesta di licenza per cronometrista di arti marziali miste (pagata tramite assegno o vaglia)



---

## 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:

**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 apponendo le proprie iniziali)

**Trattamento per alcol/droga**

**Informazioni sulla salute mentale**

**Informazioni su trattamenti per l'HIV**

**Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie**

(b)  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:

**New York State Athletic Commission**

(Nome del rappresentante legale/azienda o agenzia statale)

10. Motivo della comunicazione delle informazioni:

Dietro richiesta del soggetto

Altro:

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/D**

13. Autorizzazione alla firma per conto del paziente:

**N/D**

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.



**Scheda di anamnesi e visita medica per richiedere la licenza di giudice o arbitro**

**SEZIONE 1 — DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE DI UNA LICENZA DI GIUDICE O ARBITRO**

**Nota: per gli arbitri è richiesta inoltre la presentazione dei risultati dell'ECG e delle analisi del sangue per antigene di superficie dell'epatite B, anticorpi dell'epatite C e HIV da allegare alla domanda \*\***

1. NOME COMPLETO		2. NUMERO DI TELEFONO DI CASA	3. NUMERO DI TELEFONO AZIENDALE
4. INDIRIZZO DI CASA			
CITTÀ	STATO		CAP: + 4
5. DATA DI NASCITA		6. ALTRI STATI IN CUI È ABILITATO A OPERARE PROFESSIONALMENTE	

7. È stato mai arruolato nelle forze armate degli U.S.A.?  SÌ\*  NO

\*Se è stato esentato per motivi di salute, indichi il motivo:

8. Soffre di affanno, cardiopalma, oppressione o dolore al torace o le è mai stata diagnosticata una patologia cardiaca?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

9. Ha mai espettorato sangue o le è mai stata diagnosticata una patologia polmonare?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

10. Le è stato mai consigliato di sottoporsi a esami particolari, come radiografie, elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi, analisi del sangue, ecc.?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

11. Ha mai subito fratture ossee o lesioni alla schiena, al collo o di altro tipo?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

12. Ha sofferto di alcuna patologia, è stato vittima di incidenti o è stato sottoposto a interventi chirurgici negli ultimi cinque anni?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

13. È in grado di fornire altre informazioni in merito alla sua salute, **presente e passata**, non richieste nelle domande precedenti?  SÌ\*  NO

\*Se SÌ, indichi quali:

Eventuali commenti:

spunti la casella se ci sono ulteriori commenti sul retro

**Certificazione del richiedente** — Dichiaro che le affermazioni di cui sopra sono veritiere ed esatte, per quanto di mia conoscenza. Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, riconosco inoltre che tutte le dichiarazioni e le informazioni da me fornite comporteranno sanzioni e/o sospensioni qualora non dovessero essere veritiere e complete.

**X**

Firma del richiedente

Data

**X**

Firma del medico

Data

**X**

Verificato da (medico)

Data

**SEZIONE 2 — VISITA MEDICA DEL GIUDICE/DELL'ARBITRO — DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO ESAMINATORE****1. VITAL SIGNS**

A) BLOOD PRESSURE	B) PULSE (AT REST)	C) PULSE (AFTER 20 HOPS)	D) PULSE (2 MINUTES AFTER EXERCISE)
-------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------------

COMMENT \_\_\_\_\_

**2. HEAD AND FACE (Describe scars, swelling, tenderness, etc.)** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**3. EYES (Dilated eye exam to be completed by an ophthalmologist or optometrist)**A) RETINA  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINEDB) CORNEA AND CONJUNCTIVEA  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINEDC) VISUAL ACUITY (SNELLEN CHART) RIGHT LEFT RIGHT LEFT

UNCORRECTED:

CORRECTED:

D) SACCADES HORIZONTAL  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINEDVERTICAL  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

Name of Ophthalmologist or Optometrist (PRINT): \_\_\_\_\_

Signature of Ophthalmologist or Optometrist: **X** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

Office Telephone Number: \_\_\_\_\_

**4. EARS (Including tympanic membrane, external auditory canals, auditory acuity for conversational voice)** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**5. NOSE** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**6. OROPHARYNX** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**7. NECK** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**8. LUNGS** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**9. THORAX/CHEST** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**10. HEART** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**11. ABDOMEN and INGUINAL AREA** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED**12. BACK and SPINE** NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**SECTION 2 CONTINUED— TO BE COMPLETED BY EXAMINING PHYSICIAN**

**13. EXTREMITIES/MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

- A) SHOULDERS                       LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- B) ELBOWS                          LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- C) KNEES                             LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED
- D) ANKLES                           LEFT                       RIGHT                       NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**14. SKIN**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**15. LYMPHATIC SYSTEM**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**16. NERVOUS SYSTEM**  NORMAL  ABNORMAL  NOT EXAMINED

**SUMMARIZE ALL POSITIVE FINDINGS, IF ANY, AND INDICATE YOUR CLINICAL INTERPRETATION OF THIS DATA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMMENDATIONS FOR FURTHER SPECIALIZED EXAMINATION AND/OR CONSULTATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OTHER REMARKS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Physician's Certification — I hereby certify that I have examined (*print full legal and ring name of applicant*)**

on this day, (insert date) \_\_\_\_\_, and I  Approve  Disapprove this applicant for Judge/Referee

If disapproved, provide reason(s) for disapproval: \_\_\_\_\_

Name of Physician (PRINT): \_\_\_\_\_

Signature of Physician: **X** \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

If physical was not conducted at the office listed above, specify location/address: \_\_\_\_\_

Office Telephone Number: \_\_\_\_\_