

Утверждаю

Президент Амурская
региональная общественная
организация «Федерация
бокса Амурской области»



Д.С. Лисунов

« 13 » 2019 г.

Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»



А.В. Стеваков

« 13 » 2019 г.

Согласовано

Министр по физической
культуре и спорту Амурской
области



Д.Г. Кутека

« 13 » 2019 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении чемпионата и первенства Амурской области, по боксу посвященных памяти Павла Мосягина, среди юношей и девочек 2006 – 2007 года, юношей и девочек 2004 – 2005 года, юниоров и юниорок 2002 – 2003 года, мужчин и женщин 1980 – 2001 года.

(Номер-код вида спорта: 0250001611Я)

Благовещенск
12 – 15 декабря 2019 года.

I. Общие положения.

1.1. Чемпионат и первенство Амурской области, по боксу посвященные памяти Павла Мосягина, среди юношей и девочек 2006 – 2007 года, юношей и девочек 2004 – 2005 года, юниоров и юниорок 2002 – 2003 года, мужчин и женщин 1980 – 2001 года проводятся в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Спортивное соревнование проводится в соответствии с правилами вида спорта «бокс» утвержденными приказом министерства спорта Российской Федерации от 23 ноября 2017 года № 1018.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2. Популяризация и развитие бокса в Амурской области.

1.3.4. Выполнение разрядных нормативов.

1.4. Участникам турнира запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.5. Участникам соревнования запрещается участвовать в азартных играх в букмекерских конторах и тотализаторах путем заключения пари на официальные спортивные соревнования в соответствии с требованиями, установленными пунктом 3 части 4 статьи 26.² Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

II. Права и обязанности организаторов спортивных соревнований.

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением соревнования осуществляет государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее - ГАУ АО «РЦСП») совместно с Амурской областной спортивной общественной организацией «Федерация бокса Амурской области» (далее - АОСОО Федерация бокса Амурской области).

2.2. Непосредственное проведение соревнования возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную приказом ГАУ АО «РЦСП».

III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинское обеспечение.

3.1. В целях достижения необходимой безопасности зрителей и участников во время соревнований, произвести предварительную проверку соответствующих условий и правил обеспечения безопасности при проведении официальных спортивных соревнований, утвержденных Постановлением правительства РФ от 18 апреля 2014 года № 353.

3.2. Контроль за выполнением требований безопасности возлагается на главного судью соревнований и директора спортивного сооружения.

3.3. Участие в соревнованиях осуществляется только при наличии договора (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев, который предоставляется в мандатную комиссию на каждого участника.

3.4. Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи.

IV. Общие сведения о спортивном соревновании.

4.1 Соревнования проводятся в г. Благовещенск ул. Краснофлотская, 6 СОК «Юность», 12-15 декабря 2019 г.

4.2 Планируемое количество участников: 110 человек.

4.3 Приглашаются команды детско-юношеских школ, спортивных обществ и ведомств, сборные команды городов Амурской области.

4.4 Спортсмены должны иметь спортивную квалификацию не ниже 3 спортивного юношеского разряда для допуска на спортивное соревнование.

12 декабря – День приезда команд;

16:00ч. – 17:00ч. – Заседание судейской коллегии;

17:00ч. – 19:00ч. – Взвешивание участников.

19:00ч. – 20:00ч. - Жеребьевка

13 декабря – 1 день соревнования;

12:00ч. – торжественное открытие соревнований.

12:30ч. – начало соревнования;

14 декабря – 2 день соревнования;

12:00 ч. – полуфинальные бои;

15 декабря – 3 день соревнования

12:00 ч. – финальные бои, торжественное награждение.

22 декабря – День отъезда.

V. Требования к участникам и условия их допуска.

5.1. К участию в соревнованиях допускаются:

Юноши и девочки 2006 – 2007 г.р.

Юноши и девочки 2004 – 2005 г.р.

Юниоры и юниорки 2002 – 2003 г.р.

Мужчины и женщины 1980-1980 г.р.

5.2. Соревнования проводятся по следующим категориям:

Юноши 2006 – 2007 г.р. весовые категории: 38.5кг, 40кг, 41,5 кг, 43кг, 44.5кг, 46кг, 48кг, 50кг, 52кг, 54кг, 56 кг, 59 кг, 62 кг, 65 кг, 68 кг, 72кг 76 кг,+80 кг, 90 кг, 90-105 кг

Девочки 2006 – 2007 г.р. весовые категории: 38.5кг, 40кг, 41,5 кг, 43кг, 44.5кг, 46кг, 48кг, 50кг, 52кг, 54кг, 56 кг, 59 кг, 62 кг, 65 кг, 68 кг, 72кг 76 кг,+76 кг,

Юноши и девочки 2004 – 2005 г.р. весовые категории: 44-46кг, 48кг, 50кг, 52кг, 54кг, 57кг, 60кг, 63кг, 66кг, 70кг, 75кг, 80кг,+80кг.

Юниоры 2002 – 2003 г.р. и мужчины 2001-1980 г.р. весовые категории: 46-49кг, 52кг, 56кг, 60кг, 64кг, 69кг, 75кг, 81кг, 91кг, +91кг.

Юниорки 2002 - 2003 г.р. и женщины 2001-1980 г.р. весовые категории: 45-48кг, 51кг, 54кг, 57кг, 60кг, 64кг, 69кг, 75кг, 81кг, +81кг.

VI. Заявки на участие

6.1. Именные заявки, заверенные врачом и исчерпывающий список документов, подаются в мандатную комиссию в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 15 декабря 2019 г по электронному адресу federaciyaaboksaamur@mail.ru, контактный номер телефона 89143960169 Баженов Максим Валерьевич.

В комиссию по регистрации и допуску участников, предоставляются документы:

- Документ, удостоверяющий личность (Паспорт или свидетельство о рождении со справкой школьника)
- Страховой медицинский полис.
- Страховка от несчастного случая.
- Заявка установленного образца, заверенная врачом и печатью медицинского учреждения.
- Паспорт боксёра
- Магнитно-резонансная томография головного мозга.

6.3. Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н), участниками спортивных соревнований предоставляется информированное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по утвержденной форме. (Приложение 1, 2).

VII. Условия подведения итогов.

7.1. Итоги подводятся согласно, действующих правил по боксу.

7.2. Сроки предоставления АОСОО «Федерация бокса Амурской области» итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном носителях в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования.

VIII. Награждение победителей и призёров.

8.1. Победитель награждается кубком, медалью и грамотой.

8.2. Призеры награждаются медалями и грамотами

8.3. Победители в номинациях: «Лучшему боксёру», «За лучшую технико-тактическую подготовку», «За волю к победе», «За самый красивый бой» награждаются кубками.

IX. Условия финансирования

9.1. Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации, кроме вызванных судей.

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по оплате работы медицинского персонала, оплате питания судейской бригаде, приобретению грамот и медалей, предоставляет спортивное сооружение по соглашению, а также приобретению кубков для номинаций «Лучшему боксёру», «За лучшую технико-тактическую подготовку», «За волю к победе», «За самый красивый бой».

9.3. Расходы по перевозке и установке ринга, приобретению боксёрских перчаток, изготовлению печатной продукции, дополнительной оплате рабочей и судейской бригаде а также приобретению кубков для победителей соревнований несёт АОСОО «Федерация бокса Амурской области» .

Данное положение является официальным вызовом на соревнования.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.

(дата оформления)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
_____ (Ф.И.О. гражданина)
“ ____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ ____ ”

г.

_____ (дата оформления)