



Albasanz, 52 – 1º. Izqda.
28037 MADRID
Tfn: 91 327 00 62
Fax: 91 304 31 10
e-mail: mad@fep.es
www.fep.es

Casanova, 2 – 4º A
08011 BARCELONA
Tfn: 93 292 80 80
Fax: 93 292 80 81
Contestador: 93 292 80 84
e-mail: bcn@fep.es

Real Federación Española de Patinaje

3. Declaración del médico facultativo y del deportista

Yo certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para el tratamiento de esta enfermedad.

Nombre:

Especialidad médica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Firma del médico

Fecha:

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas.

Yo, Certifico que la información del apartado 1 es exacta y solicito autorización para el uso de una sustancia o Método que se incluye en la Lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte aprobada por la Resolución de 21 de diciembre de 2005 de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 308 de fecha 26 de diciembre de 2005.

Autorizo la entrega de información médica personal a la Comisión Nacional Antidopaje (CNAD), así como a otras organizaciones Antidopaje competentes. Entiendo que en caso de que quisiera en algún momento revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, deberé notificarlo por escrito a mi médico facultativo, a mi federación deportiva española y a la Comisión Nacional Antidopaje

Firma del deportista

Fecha:

Firma del padre / tutor:

Fecha:

(si el deportista es un menor o tiene una discapacidad que le impide firmar este impreso, un padre o tutor deberán firmar junto con el deportista o en nombre del deportista)

Las solicitudes incompletas serán devueltas y tendrán que volver a presentarse.

Por favor, presente el impreso cumplimentado a la Real Federación Española de Patinaje, y conserve una copia del mismo para poder consultarlo con posterioridad.

