

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO**

**Datos del / de la deportista:**

Nombre completo
DNI / NIE
Fecha de nacimiento
Sexo

**Datos del padre / madre o tutor/a (solo para menores de edad):**

Nombre completo
DNI / NIE
Parentesco o relación

**Canal de comunicación (a efectos de notificaciones):**

Dirección
Localidad
Provincia
Código postal
Teléfono fijo
Teléfono móvil
Fax
Correo electrónico

**Otros datos del o de la deportista:**

Federación Vasca de
Especialidad (modalidad / disciplina)
Número de licencia

**Médico/a facultativo/a:**

Nombre completo
Especialidad médica
Dirección
Localidad
Provincia
Código postal
Teléfono fijo
Teléfono móvil
Fax
Correo electrónico

**Información médica:**

Diagnóstico con información médica suficiente
Justificación para el uso de la sustancia o método prohibido

**Información detallada de la medicación:**

Sustancia prohibida Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia

Certifico que la información 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. Autorizo la entrega de los datos e información médica a las organizaciones antidopaje competentes

Firma deportista

Firma padres/tutor (menor de edad)

Firma Médico

**FECHA:**

**NOTA:** Se deben adjuntar y enviar junto con esta solicitud pruebas que confirmen el diagnóstico. Las pruebas médicas deberán incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y diagnósticos de imagen relevantes. Cuando sea posible, se incluirán los originales de los informes u otros documentos. Las pruebas deberán ser lo más objetivas posibles acerca de las circunstancias clínicas, y en caso de que existan enfermedades no demostrables, habrá de adjuntarse un dictamen de un médico independiente.