

Athlete Name: .....

**NON deve essere compilato il presente modulo**

**Questo documento ha la sola funzione di facilitare la comprensione delle domande formulate nel modulo in inglese**

**1. Informazioni dell'atleta**

Cognome: .....	Nome: .....	
Donna <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/>	Data di nascita (dd/mm/yyyy): .....
Domicilio: .....		
Città.....	Nazione: .....	CAP:.....
Tel.: .....	E-mail: .....	
<i>(completo di prefisso)</i>		
Sport: .....	Disciplina/ Ruolo: .....	
Federazione Naz. o Internaz. di appartenenza: .....		
Se siete un atleta paraolimpico e special olympic il tipo e classificazione della limitazione: .....		
.....		

**2. Informazioni Mediche**

<b>Diagnosi:</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Se la patologia può essere trattata con farmaci ammessi, fornire le motivazioni per le quali si richiede l'uso di un farmaco contenente un principio attivo non ammesso ( lista WADA ) ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Athlete Name: .....

<b>Note</b>	<p><b>Documentazione di supporto – Informazioni per la valutazione</b></p> <p>La motivazione principale per la quale le domande di TUE vengono rifiutate è l'esiguità delle informazioni o della documentazione di supporto. <b>Ricordiamo che il Comitato per le Esenzioni a Fini Terapeutici (CEFT) deve poter disporre di informazioni cliniche sufficienti per confermare la patologia e il trattamento prescritto senza poter osservare direttamente le condizioni cliniche del paziente.</b> Se questa documentazione non è resa disponibile, la richiesta sarà respinta prima di essere visionata dal Comitato per le Esenzioni a fini Terapeutici. Pregasi verificare attentamente la documentazione di supporto che è allegata alla domanda.</p> <p>Sul sito della WADA, <a href="http://www.wada-ama.org">www.wada-ama.org</a> accedendo a Therapeutic Use Exemption, "Medical Information", è possibile individuare le linee-guida con diagnosi e cura delle condizioni cliniche più comuni che interessano gli atleti e che possono richiedere il trattamento con sostanze proibite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Descrizione dettagliata della patologia.</li> <li>o Copie delle indagini e delle refertazioni rilevanti nonché delle note cliniche (per esempio se si fa riferimento nella domanda ad una visita medica, dovrà essere allegata alla domanda copia delle note del medico che la ha effettuata).</li> <li>o Copie dei referti di laboratorio e delle immagini anche se in formato elettronico. (Una frase riassuntiva o di rimando ai risultati di laboratorio non è sufficiente. Se i risultati di laboratorio fanno parte o sono correlati alla diagnosi, non è accettabile il solo riferimento, ma deve essere allegata copia del documento originale.</li> <li>o Una dichiarazione motivata per sostenere la peculiarità terapeutica per la somministrazione della sostanza vietata rispetto alle altre alternative disponibili tra i farmaci sostanze ammesse.</li> </ul> <p>Nota: Molte esenzioni a fini terapeutici non sono prese in carico o sono NON concesse per l'assenza della documentazione che confermi l'inefficacia di trattamenti precedenti. Se sono disponibili trattamenti alternativi, con sostanze ammesse, deve essere documentata l'inefficacia di detti trattamenti. Chiarimenti in merito a sostanze vietate / principi attivi, sono possibili inviando una mail al seguente indirizzo <b>ceft.antidoping@nadoitalia.it</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Parere medico di un soggetto terzo, quando disponibile o appropriato.</li> </ul>
-------------	---

## 2. Farmaci

Sostanze proibite prescritte: <u>Nome Farmaco</u>	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza
1.			
2.			
3.			

<p><b>Durata del trattamento proposto:</b> (Segnare la casella appropriata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Somministrazione in un'unica soluzione</li> <li><input type="checkbox"/> Emergenza ( Se è un trattamento di emergenza riportare sul frontespizio della domanda " EMERGENZA " in modo da accelerare al massimo l'iter della pratica )</li> <li><input type="checkbox"/> Somministrazione prolungata (nota: Settimane/Mesi )</li> </ul>
---	---

**Athlete Name:** .....

**4. Dichiarazione del Medico curante**

**Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui alle sezioni 2 e 3 sono accurate, e che i trattamenti sopramenzionati sono adeguati dal punto di vista medico:**

Nome: .....

Specializzazione Medica: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

Fax: .....

Email: .....

Firma del Medico: .....

Data: .....

**5. Retroattività**

<p><b>Questa è una Richiesta Retroattiva ?</b></p> <p><b>Si:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>No:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in che data il trattamento è iniziato ?</p> <p>.....</p>	<p><b>Indicare le Motivazioni:</b></p> <p><input type="checkbox"/> E' stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione acuta dell'atleta.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa di altre circostanze eccezionali, non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro, specificare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

**Athlete Name:** .....

## 6. Richieste Precedenti

Have you submitted any previous TUE application(s)?:	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Per quali sostanze ?	
.....	
.....	
.....	
A chi ?..... Quando?.....	
Decisione: <input type="checkbox"/> Approvata <input type="checkbox"/> Non Approvata	

## 7. Dichiarazione dell'Atleta

Il sottoscritto .....

Conferma che le informazioni contenute nelle sezioni 1,5 e 6 sono accurate.

Autorizza al rilascio delle informazioni personali e mediche alle Organizzazioni Antidoping di competenza e al personale WADA, Organizzazioni Antidoping per lo svolgimento delle attività previste dal Codice WADA e dagli International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE).

Acconsente che il mio medico rilasci alle sopracitate persone qualunque informazione che essi ritengono necessarie per la valutazione e la definizione della domanda di esenzione.

Considera che le sue informazioni verranno usate esclusivamente per la valutazione della mia richiesta di esenzione a fini terapeutici (TUE) e nel contesto generale di una valutazione su potenziali infrazioni ai regolamenti e/o alle procedure.

Considero inoltre che se desideri:

1. Ottenere ulteriori informazioni circa il trattamento delle mie informazioni cliniche
2. Esercitare i miei diritti di accesso alle informazioni e di correzione
3. Revocare i diritti di accesso a queste organizzazioni sulle mie informazioni cliniche

Dovrò informare per iscritto il mio medico curante, l'Organizzazione Anti-Doping di riferimento ( ADO) della mia decisione.

Considero ed acconsento che potrebbe essere necessario per le informazioni correlate alle domande di Esenzioni ai Fini Terapeutici antecedenti la mia richiesta di revoca dell'autorizzazione al trattamento dei dati, che queste restino a disposizione solo allo scopo di valutare una potenziale infrazione alle normative antidoping, ove richiesto dal Codice Mondiale Antidoping.

Acconsento che la decisione sull'ammissibilità o meno di questa domanda di esenzione a fini terapeutici sia resa disponibile a tutte le Organizzazioni Anti-Doping (ADOs) o ad altre organizzazioni incluse le Testing Authority e/o Result Management Authority di competenza.

Sono informato ed accetto che coloro che utilizzano le mie informazioni e decisioni su questa mia domanda di esenzione possono essere residenti in una nazione diversa da quella nella quale io risiedo. In alcune di queste nazioni la legislazione sul trattamento e protezione dei dati può non essere equivalente a quella del paese nel quale ho la residenza.

Considero che se i miei dati personali non fossero trattati in conformità con questo mio consenso e con gli International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, posso appellarmi alla WADA e al TAS.

**Firma dell'Atleta:** ..... **Data:** .....

**Athlete Name:** .....

**Firma del Genitore / Affidatario :** .....

**Date:** .....

(Se l'atleta è un minore o un portatore di handicap che impedisce la firma di questo domanda, la stessa potrà essere firmata dal genitore o dall'affidatario congiuntamente o in alternativa a quella dell'atleta )

**\*\*Non sarà effettiva la TUE fino a quando all'atleta non sarà notificata l'avvenuta revisione della documentazione\*\***

**Si prega di inviare (conservando una copia), la domanda completa a:**

**NADO Italia, CEFT**

**Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma**

**E-mail: [ceft.antidoping@nadoitalia.it](mailto:ceft.antidoping@nadoitalia.it)**

**Fax: +39 06 32723742**