

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

Domanda di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE) Therapeutic Use Exemption (TUE) Application

Si prega di compilare tutte le sezioni in carattere stampatello o con redazione dattilografica. L'atleta deve compilare le sezioni 1, 5, 6, 7 e 8; il medico deve compilare le sezioni 2, 3 e 4. Le domande illeggibili o ritenute incomplete saranno restituite e dovranno essere presentate nuovamente in formato leggibile e completo.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6, 7 and 8; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Informazioni dell'atleta.

Athlete Information.

Cognome: (Surname)	Nome: (Given Name)	
Donna <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> (Female) (Male)	Data di nascita (dd/mm/yyyy): (Date of birth)	
Domicilio: (Address)		
Città: (City)	Nazione: (Country)	CAP: (Postal code)
Tel. ☎: (completo di prefisso internazionale)/(with international code)	E-mail:	
Sport:	Disciplina/Ruolo: (Discipline/Position)	
Federazione Nazionale o Internazionale di appartenenza: (National or International Sport Organization)		
Partecipazione a competizioni di livello internazionale: si (yes)* <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (Does the Athlete compete at the international level?)		
*Specificare le Competizioni Internazionali a cui si è partecipato o a cui si parteciperà nel periodo di riferimento: (Specify the International Competition in which the athlete competed or will compete in the relevant period)		
.....		
.....		
Se l'Atleta ha disabilità, si prega di specificarne la categoria: (If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment)		
.....		
.....		

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

2. Informazioni Mediche (utilizzare un foglio separato, datato e sottoscritto, se necessario).
Medical information (use a separate certification/sheet, if necessary).

Complete in English language.

Diagnosi eziologica:
(Etiological diagnosis)

.....

.....

.....

.....

.....

Data della diagnosi (gg/mm/aaaa):
(Date of diagnosis dd/mm/yyyy)

Descrizione dettagliata del quadro clinico (storia clinica, esame obiettivo, elenco accertamenti diagnostici e di laboratorio):
(Clinical presentation, including clinical history, physical examination, results of laboratory investigations and imaging studies)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Se la patologia può essere trattata con farmaci non proibiti, fornire motivazioni documentate per le quali si richiede l'uso di un farmaco contenente un principio attivo proibito:

(If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

Note	<p>Documentazione di supporto – Informazioni per la valutazione (Comments)</p> <p>La domanda di TUE deve essere corredata dalla documentazione medica a sostegno della diagnosi. La documentazione medica deve includere la storia clinica, i risultati di tutti gli accertamenti clinici e di laboratorio rilevanti, nonché l'eventuale diagnostica per immagini. Copia della documentazione originale deve essere allegata. Tale documentazione deve essere quanto più oggettiva possibile tenendo conto delle circostanze cliniche. In caso di condizioni non documentabili, la domanda di esenzione a fini terapeutici deve essere corredata da una certificazione medica esplicitiva. (Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application)</p> <p>Sul sito della WADA sono disponibili linee guida per consentire ai medici la presentazione di una domanda di TUE completa e dettagliata (www.wada-ama.org, "Medical Information"). Tali linee guida (TUE Physician Guidelines) riassumono diagnosi e relativi trattamenti di patologie che comunemente affliggono atleti e che comportano l'utilizzo di sostanze proibite. (WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: https://www.wada-ama.org. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances).</p> <p>È possibile ricevere chiarimenti in merito a sostanze ovvero principi attivi proibiti dalla Lista delle Sostanze e Metodi proibiti WADA in vigore, inviando una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: ceft.antidoping@nadoitalia.it Information about the prohibited substances and medicaments containing prohibited substances are available contacting the e-mail address: ceft.antidoping@nadoitalia.it</p>
-------------	---

3. Sostanza/e proibita/e prescritta/e. Medication details

Sostanza proibita prescritta* <i>Prescribed prohibited substance*</i> *Principio attivo (Generic name)	Dosaggio (Dose)	Via di somministrazione (Route of Administration)	Frequenza (Frequency)	Durata Terapia (Treatment's duration)
1.				Durata totale (duration of therapy):..... Dal (from):..... Al (to):.....
2.				Durata totale (duration of therapy):..... Dal (from):..... Al (to):.....
3.				Durata totale (duration of therapy):..... Dal (from):..... Al (to):.....

Terapia (Treatment)	<input type="checkbox"/> Terapia di emergenza/non procrastinabile (Emergency or treatment of acute medical condition) <input type="checkbox"/> La terapia sarà iniziata dopo l'autorizzazione della richiesta di esenzione (Treatment will start after TUE is granted)
-------------------------------	---

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

4. Dichiarazione del Medico Curante.
Medical practitioner's declaration.

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:
(I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate)

Cognome e Nome:
(Surname and Given Name)

Specializzazione Medica:
(Medical specialty)

Indirizzo:
(Address)

Tel. ☎:

Fax:

Email:

Firma del Medico:
(Signature of Medical Practitioner)

Data:
(Date)

5. Retroattività.
Retroactive applications.

Questa è una Richiesta Retroattiva?
(Is this a retroactive application?)

Si (Yes):

No:

Se sì, in che data il trattamento è iniziato?
(If yes, on what date was treatment started?)

.....

Indicare le Motivazioni:
(Please choose one)

- È stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione acuta dell'atleta.
(Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary)
- 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.
(Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection)
- Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dell'esenzione ai fini terapeutici.
(Advance application not required under applicable rules)
- Correttezza – l'approvazione della WADA e/o della Federazione Internazionale e/o della NADO era necessaria.
(Fairness - WADA and [IF/NADO] approval required)

Cortesemente, specificare:
(Please explain)

.....
.....
.....
.....
.....

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

6. Richieste Precedenti.
Previous applications.

<p>È stata precedentemente trasmessa una Richiesta di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE) a qualsiasi ADO? (Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?)</p>			
<p>Si (yes) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			
<p>Per quali sostanze o metodi proibiti? (For which substance or method?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>A chi? (To whom?)</p>		<p>Quando? (When?)</p>	
Decisione: (TUEC's Decision)	<input type="checkbox"/> Approvata (Approved)	<input type="checkbox"/> Non Approvata (Not approved)	da: (by)
Decisione: (TUEC's Decision)	<input type="checkbox"/> Approvata (Approved)	<input type="checkbox"/> Non Approvata (Not approved)	da: (by)
Decisione: (TUEC's Decision)	<input type="checkbox"/> Approvata (Approved)	<input type="checkbox"/> Non Approvata (Not approved)	da: (by)
Decisione: (TUEC's Decision)	<input type="checkbox"/> Approvata (Approved)	<input type="checkbox"/> Non Approvata (Not approved)	da: (by)

7. Partecipazione a competizioni agonistiche.
Participation in competitions.

<p>Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche durante la terapia e/o dopo la sospensione della stessa (Does the athlete has participated/will participate in competitions during the therapy and/or after the end of the therapy).</p>	<input type="checkbox"/> durante la terapia ha partecipato in data:..... (during the therapy, the athlete has participated in competition ...)
	<input type="checkbox"/> dopo la fine della terapia parteciperà in data..... (after the end of the therapy, the athlete will participate in competition...)
	<input type="checkbox"/> non ha partecipato/non parteciperà (during the therapy the athlete didn't participate in competition/will not participate in competition)

<p>Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche a livello INTERNAZIONALE durante la terapia e/o dopo la sospensione della stessa (Does the athlete has participated/will participate in international level competitions during the therapy and/or after the end of the therapy).</p>	<input type="checkbox"/> durante la terapia ha partecipato in data:..... (during the therapy, the athlete has participated in competition ...)
	<input type="checkbox"/> dopo la fine della terapia parteciperà in data..... (after the end of the therapy, the athlete will participate in competition...)
	<input type="checkbox"/> non ha partecipato/non parteciperà (during the therapy the athlete didn't participate in competition/will not participate in competition)

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

8. Dichiarazione dell'Atleta.

Io sottoscritto

- confermo che le informazioni contenute nelle sezioni 1, 5, 6 e 7 sono accurate;
- autorizzo al rilascio delle informazioni personali e mediche alle Organizzazioni Antidoping di competenza e al personale della WADA e delle Organizzazioni Antidoping per lo svolgimento delle attività previste dal Codice WADA e dall'*International Standard for Therapeutic Use Exemptions* (ISTUE). Queste persone sono soggette a un obbligo di riservatezza professionale o contrattuale;
- acconsento a che il mio medico rilasci alle sopracitate persone qualunque informazione che essi ritengono necessaria per la valutazione e la definizione della domanda di esenzione;
- sono consapevole del fatto che le 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;
- sono, inoltre, consapevole del fatto che se desidero:
 - 1) ottenere ulteriori informazioni circa il trattamento delle mie informazioni cliniche;
 - 2) esercitare tutti i diritti di cui potrei essere titolare, come il diritto di accesso, rettifica, restrizione, opposizione o cancellazione;
 - 3) revocare i diritti di accesso a queste organizzazioni sulle mie informazioni cliniche;
- dovrò informare per iscritto il mio medico curante e l'Organizzazione Anti-Doping di riferimento (ADO) della mia decisione;
- sono consapevole del fatto che – ed acconsento a che – potrebbe essere necessario, per le informazioni correlate alle domande di Esenzioni ai Fini Terapeutici antecedenti alla mia richiesta di revoca dell'autorizzazione al trattamento dei dati, che queste possano essere conservate per indagini o procedimenti relativi a una possibile violazione della normativa antidoping, laddove ciò sia richiesto dal Codice, dagli Standard Internazionali o dalle leggi antidoping nazionali, o per instaurare, esercitare o difendersi da un'azione legale che coinvolge me, la WADA e/o una ADO;
- acconsento a 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; sono consapevole del fatto che le mie informazioni potrebbero essere archiviate su ADAMS, che è ospitato dalla WADA su server con sede in Canada, e che saranno conservate per la durata indicata nello *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information* (ISPPPI);
- sono consapevole del fatto che, se i miei dati personali non fossero trattati in conformità con questo mio consenso e con lo *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information*, posso appellarmi alla WADA (privacy@wada-ama.org), o al regolatore nazionale responsabile per la protezione dei dati nel mio Paese. Sono consapevole del fatto che i soggetti sopra menzionati possono basarsi ed essere soggetti alle leggi antidoping nazionali che prevalgono sul mio consenso o su altre leggi applicabili, che potrebbero richiedere la divulgazione di informazioni a tribunali locali, forze dell'ordine o altre autorità pubbliche. Posso ottenere maggiori informazioni sulle leggi antidoping nazionali dalla mia Federazione Internazionale o dall'Organizzazione nazionale antidoping.

(I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5, 6 and 7 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the relevant Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency).

Firma dell'Atleta:
(Athlete's signature)

Data:
(Date)

Firma del Genitore / Affidatario:
(Parent's/Guardian's signature)

Date:
(Date)

(Se l'atleta è un minore o un portatore di handicap che impedisce la firma di questa domanda, la stessa potrà essere firmata dal genitore o dall'affidatario, in luogo dell'atleta).

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete).

Nome e Cognome dell'Atleta:
(Given Name and Surname of the Athlete)

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

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

Please submit the completed form by the following means (keeping a copy for your records):

NADO Italia, CEFT

Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma

E-mail: ceft.antidoping@nadoitalia.it ; Pec: ceft.antidoping@cert.coni.it ;

Fax: +39 06 32723742