Fecha

**CONFIDENCIAL**

Información de contacto del deportista

Estimado/a Sr./Sra./Srita. **[NOMBRE DEL DEPORTISTA]**

|  |
| --- |
| DECISIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO (AUT)  |

Gracias por presentar su solicitud a **[inserte el nombre de la ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE (ONAD)],** solicitando una autorización para el uso terapéutico de **[inserte la SUSTANCIA PROHIBIDA o MÉTODO PROHIBIDO]**.

La solicitud fue presentada al Comité de AUT **[inserte el nombre de la ONAD]** para su evaluación, y nos complace informarle de que su solicitud ha sido aprobada.

Se adjunta el certificado de la AUT. Tenga en cuenta que la AUT se concede para una medicación, una dosis y un periodo de tiempo específicos. Si su médico cambia su medicación, ya sea un cambio de dosis, frecuencia, vía o duración de la administración, póngase en contacto con nosotros y le indicaremos si debe solicitar una nueva AUT.

***Incluya lo siguiente si procede:***

*Tenga en cuenta las condiciones incluidas en esta AUT; si no las cumple, su AUT podría ser retirada en cualquier momento.*

Usted está en posesión de una AUT. Sin embargo, tenga en cuenta que una AUT puede ser cancelada tras la revisión de la AMA o en caso de apelación.

Si necesita seguir utilizando **[inserte la SUSTANCIA PROHIBIDA o MÉTODO PROHIBIDO]** después de la fecha de expiración de esta AUT, debe presentar un nuevo formulario de solicitud junto con información médica reciente con suficiente antelación a la fecha de expiración, para que haya tiempo suficiente para que se tome una decisión antes de la fecha de expiración.

Su AUT es válida a nivel nacional en todo el mundo, incluso si compite temporalmente a nivel nacional en otro país. Sin embargo, si usted es seleccionado/a para competir en un evento internacional, esta AUT a nivel nacional no será válida a menos que sea reconocida primero por la Federación Internacional correspondiente o la Organización de Grandes Eventos. No dude en ponerse en contacto con nosotros si tiene preguntas sobre el proceso de reconocimiento.

Saludos cordiales,

**ONAD**

CC. **MÉDICO DEL DEPORTISTA**

**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO**

**Datos del deportista**

Apellido Nombre

Fecha de nacimiento Deporte Disciplina

**Detalles AUT**

El deportista ha recibido la aprobación para el uso de la(s) sustancia(s) prohibida(s)/método(s) prohibido(s) siguiente(s):

Sustancia(s) prohibida(s) o método(s) prohibido(s):

Dosis:

Frecuencia de administración:

Vía de administración:

Fecha de entrada en vigor:

Expiración de la AUT:

Condiciones y comentarios:

**Autorizado por**:

Nombre de la ONAD: Fecha:

Datos de contacto:

**Decisión del CAUT**

Nombre del Presidente del CAUT: