

Carta de consentimiento de controles antidopaje

Derivado de haber concluido en los primeros lugares o por haber resultado elegido por sorteo o de conformidad a los criterios establecidos por el Comité Antidopaje (CNA) autorizo la divulgación de información médica personal a la Organización Antidopaje (OAD), así como al personal de la Agencia Mundial Antidopaje (AMA), al Comité de Autorización de Uso Terapéutico (CAUT) de la AMA y a otros CAUTs de OAD y personal autorizado que tenga derecho a conocer esta información de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje y/o el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico.

Estoy en el entendido que:

- Esta información solo se utilizará para evaluar mi muestra y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos de infracciones de las normas antidopaje.
- Si alguna vez deseo obtener más información sobre el uso de mis datos médicos; ejercer mi derecho de acceso y rectificación; o revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información médica sobre mí, debo notificar a mi médico y a mi OAD por escrito de ese hecho.
- Acepto que pueda ser necesario que la información relacionada con una AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea conservada con el único propósito de establecer una posible infracción de las normas antidopaje, conforme a las exigencias el Código.
- Consiento que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las Organizaciones Antidopaje u otras organizaciones con protesta para realizar controles y/o para realizar la gestión de resultados.
- Acepto que los destinatarios de mi información y de la decisión relativa a esta solicitud puedan encontrarse fuera del país en el que resido. En algunos de estos países, las leyes de privacidad y de protección de datos pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia.
- Tengo la posibilidad de presentar una reclamación a la AMA o al Tribunal Arbitraje para el Deporte (TAD) si yo considero que mi información personal no se utiliza de acuerdo con este consentimiento y con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal.

Firma del Deportista: _____

Firma del Padre o Tutor del Deportista: _____

Fecha: _____

(Si el deportista es un menor de edad o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud uno de sus padres o un tutor deberá firmar en su nombre)