



**DOCUMENTO COMPROMISO EN MATERIA DE AUTORIZACIÓN DE SUSTANCIAS DE USO TERAPÉUTICO DE DEPORTISTAS DE DOMA PARALÍMPICA**

YO \_\_\_\_\_

**DECLARO**

que consumo los medicamentos o sustancias prohibidas abajo reflejadas para las cuales tengo una autorización de Uso Terapéutico (AUT) de la Agencia Española de la Protección en la Salud en el Deporte, por medio de la cual quedo facultado para hacer uso de la sustancia o método prohibido contenido en la Lista de sustancias o métodos prohibidos en el deporte, por razones médicas justificadas, durante un tiempo limitado y de acuerdo con los criterios establecidos.

También declaro que no consumo ninguna otra sustancia prohibida en el listado de sustancias y métodos prohibidos en el deporte.

Se debe adjuntar a este documento la AUT correspondiente.

Firmado el deportista

**DECLARACIÓN DE MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS PROHIBIDAS CON AUT**

<b>RAZÓN MÉDICA</b>	<b>MEDICAMENTO O SUSTANCIA</b>

Fecha

Firmado

El Deportista

VºBº Jefe de Equipo

**REAL FEDERACIÓN HÍPICA ESPAÑOLA**  
Monte Esquinza, 28. 3º Izqda.  
28010 Madrid  
Telf. - 91 436 42 00  
Fax. - 91 575 07 70  
www.rfhe.com

Anexo IX - DP