



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

RAZÓN MÉDICA	MEDICAMENTENTO O SUSTANCIA

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