



Αίτηση Κατ ' Εξαίρεση Χρήσης Απαγορευμένης/ων Ουσίας/ών **(TUE) APPLICATION FORM**

*Για την έγκριση TUE από τον αρμόδιο Διεθνή Φορέα για χρήση σε διεθνείς αγώνες, απαιτείται να συμπληρωθεί η αίτηση στην αγγλική γλώσσα και οι επισυναπτόμενες εξετάσεις να είναι επισήμως μεταφρασμένες στην αγγλική γλώσσα.

Παρακαλούμε, όπως συμπληρώστε όλες τις περιοχές με κεφαλαία γράμματα ή με πληκτρολόγηση κεφαλαίων χαρακτήρων. Ο Αθλητής/Η Αθλήτρια πρέπει να συμπληρώσει τις περιοχές 1,5,6 και 7, ο ιατρός πρέπει να συμπληρώσει τις περιοχές 2,3 και 4. Δυσανάγνωστες ή ατελείς αιτήσεις θα επιστρέφονται με την ένδειξη να συμπληρωθούν και να κατατεθούν πάλι ορθώς.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; 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. Στοιχεία Αθλητή/Αθλήτριας

Athlete Information

Επώνυμο Surname:	Όνομα Given Names:	
Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία Γεννήσεως (η/μ/ε): Date of Birth (d/m/y):	
Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>		
Διεύθυνση: Address:		
Πόλη City:	Χώρα: Country:	Ταχ. Κωδ: Postcode:
Τηλ: Tel.: (+ διεθνή κωδικό/+ International code)	E-mail:	
Άθλημα: Sport:	Αγώνισμα/Θέση: Discipline/Position:	
Εθνική ή Διεθνής Ομοσπονδία/International or National Sport Organization:		
 Για αθλητή με αναπηρία, είδος: If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment: <hr/> <hr/>		

2. Ιατρικές Πληροφορίες

Medical information

Διάγνωση /Diagnosis:

Εάν επιτρεπόμενο φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της παθολογικής κατάστασης, δώστε κλινική αιτιολόγηση για την αιτούμενη χρήση του απαγορευμένου
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

Σχόλιο:

Με αυτήν την αίτηση πρέπει να επισυνάπτεται κάθε απόδειξη που στοιχειοθετεί την διάγνωση: Μια ιατρική γνωμάτευση που να περιλαμβάνει ένα κατανοητό ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα όλων των σχετικών εξετάσεων, εργαστηριακών αναλύσεων ή/και απεικονιστικών μελετών. Αντίγραφα των πρωτοτύπων αναφορών ή εγγράφων πρέπει να συμπεριλαμβάνονται, όταν αυτό είναι δυνατό. Η απόδειξη, πρέπει να είναι όσο αντικειμενική όσο αυτό είναι δυνατό στις κλινικές συνθήκες. Σε περίπτωση συνθηκών που δεν είναι δυνατή η στοιχειοθέτηση, μια ανεξάρτητη υποστηρικτική ιατρική άποψη θα ήταν βοηθητική για την αίτηση.

Ο WADA διαθέτει μια σειρά από οδηγίες (guidelines) για την υποβοήθηση των ιατρών στην προετοιμασία και ολοκλήρωση εμπεριστατωμένων αιτήσεων. Μπορείτε να τις βρείτε πληκτρολογώντας «Medical Information» στην ιστοσελίδα του WADA: <https://www.wada-ama.org>

Comment:

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.

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.

3. Στοιχεία Φαρμακευτικής Αγωγής

Medication details

Απαγορευμένη/ες Ουσίες <u>Κοινή ονομασία</u> Prohibited Substance(s): <u>Generic name</u>	Δόση Dose	Οδός Χορήγησης Route of Administration	Συχνότητα Χορήγησης Frequency	Διάρκεια Αγωγής Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				

4. Υπεύθυνη Δήλωση Ιατρού

Medical practitioner's declaration

Βεβαιώνω πως οι πληροφορίες στους παραπάνω τομείς 1 και 2 είναι ακριβείς και πως οι αναφερόμενες σε αυτούς θεραπείες είναι ιατρικώς ενδεδειγμένες.

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

Όνοματεπώνυμο/Name:

Ιατρική Ειδικότητα/ Medical specialty:

Διεύθυνση/Address:

Τηλέφωνο/Tel.:

Fax:

E-mail:

Υπογραφή Θεράποντος Ιατρού :

Ημ/νια:

Signature of Medical Practitioner:

Date:

5. Αναδρομικές αιτήσεις

Retroactive applications

Είναι αυτή μια αναδρομική αιτηση; Is this a retroactive application?	Παρακαλούμε επιλέξτε τον λόγο : Please indicate reason: <input type="checkbox"/> Χρειάστηκε να γίνει επειγουσα θεραπεια ή ήταν απαραίτητη η αντιμετώπιση οξείας ιατρικής κατάστασης Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary <input type="checkbox"/> Εξαιτίας άλλων εκτάκτων συνθηκών, δεν υπήρχε αρκετός χρόνος να κατατεθεί η αιτηση πριν την δειγματοληψία Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection <input type="checkbox"/> Δεν υπήρχε ανάγκη να γίνει προγενέστερη αιτηση σύμφωνα με ισχύοντες κανονισμούς Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/> Άλλο / Other Παρακαλούμε εξηγείστε: Please explain: <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

6. Προηγούμενες Αιτήσεις

Previous applications

Έχετε υποβάλλει ποτέ προηγούμενη αιτηση TUE?

Have you submitted any previous TUE application(s)?

Ναι/Yes Όχι/No

Για ποια/ες ουσίες ή μεθόδους;/ For which substance or method?

Σε ποιον υπεβλήθη; /To whom?

Πότε υπεβλήθη/When?

Απόφαση/Decision: **Έγκριση/Approved**

Απόρριψη/Not approved

7. Υπεύθυνη Δήλωση Αθλητή/τριας (See English Translation in last page)

Εγώ, ο/η _____, επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που καταγράφονται στους τομείς 1, 5 και 6 είναι ακριβείς. Εξουσιοδοτώ την παροχή των προσωπικών ιατρικών μου στοιχείων στο Εθνικό Συμβούλιο Καταπολέμησης του Ντόπινγκ, στους εντεταλμένους υπαλλήλους του WADA, καθώς επίσης στην Επιτροπή TUE του WADA και σε άλλες επιτροπές TUE Φορέων Αντιντόπινγκ και εντεταλμένων υπαλλήλων που έχουν το δικαίωμα σε αυτές τις πληροφορίες, σύμφωνα με τον Κώδικα Αντιντόπινγκ του WADA και το Διεθνές Πρότυπο για τα TUE.

Συμφωνώ στην κοινοποίηση στα προαναφερθέντα άτομα κάθε πληροφορίας της υγείας μου που θεωρούν απαραίτητη ώστε να καταλήξουν σε απόφαση για την αίτησή μου.

Κατανοώ ότι τα στοιχεία μου θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της αξιολόγησης της αίτησής μου για TUE και στο πλαίσιο της έρευνας για πιθανή παράβαση κανονισμών αντιντόπινγκ.

Κατανοώ ότι αν ποτέ επιθυμήσω να (1) αποκτήσω περισσότερες πληροφορίες για τη χρήση των ιατρικών μου πληροφοριών, (2) ασκήσω το δικαίωμα μου για πρόσβαση και διόρθωση, (3) ανακαλέσω το δικαίωμα σε αυτούς τους φορείς να αποκτήσουν πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες μου, θα πρέπει να ενημερώσω εγγράφως τον Ιατρό μου και τον Εθνικό μου φορέα Αντιντόπινγκ για αυτό. Κατανοώ και συμφωνώ ότι μπορεί να χρειαστεί να διατηρηθούν κάποια στοιχεία της αίτησης TUE τα οποία έχουν κατατεθεί παρά την πιθανή ανάκληση της συναίνεσής μου, για το μοναδικό σκοπό της απόδειξης μιας πιθανής παράβασης κανονισμών αντιντόπινγκ, όπου αυτό απαιτείται από τον Κώδικα.

Συναινώ στην διάθεση της απόφασης της αίτησης αυτής και σε άλλους Φορείς Αντιντόπινγκ, ή άλλους οργανισμούς που έχουν εξουσιοδότηση για Διενέργεια Ελέγχων ή/και για Διαχείριση Αποτελεσμάτων στο άτομό μου.

Κατανοώ και αποδέχομαι πως οι παραλήπτες αυτών των πληροφοριών και η απόφαση που αφορά αυτήν την αίτηση, μπορεί να βρίσκονται εκτός της χώρας διαμονής μου. Σε κάποιες από αυτές τις χώρες, η νομοθεσία περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων μπορεί να διαφέρει από αυτήν που ισχύει στη χώρα διαμονής μου.

Κατανοώ πως αν πιστεύω ότι τα προσωπικά μου δεδομένα, δεν χρησιμοποιούνται σε σχέση με αυτήν την συναίνεση και με το Διεθνές Πρότυπο για την Προστασία της Ιδιωτικής Ζωής και των Προσωπικών Πληροφοριών (International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information), μπορώ να καταθέσω καταγγελία στον WADA ή στο CAS.

Υπογραφή Αθλητή/ριας:

Athlete's signature: _____

Ημ/νία:

Date: _____

Υπογραφή Κηδεμόνα Αθλητή/ριας:

Parent's/Guardian's signature: _____

Ημ/νία

Date: _____

Εφόσον ο αθλητής/τρια είναι ανήλικος/η ή έχει κάποια αναπηρία που τον/την εμποδίζει να υπογράψει την αίτηση, ένας γονιός ή ένας κηδεμόνας υπογράφει για λογαριασμό του/της.

(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)

Athlete's declaration**(English Translation, please sign the Greek Version, page 5)**

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the 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.

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 my right of access and correction; 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 sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

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 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 or CAS.