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 de Grandes Eventos],** solicitando una autorización para el uso terapéutico de **[inserte la SUSTANCIA PROHIBIDA o MÉTODO PROHIBIDO]**.

La solicitud ha sido presentada al Comité de AUT **[inserte el nombre del Organización de Grandes Eventos]** 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.

Su AUT es válida mientras dure el **[nombre del evento]** solamente. Si necesita seguir utilizando **[insertar SUSTANCIA PROHIBIDA o MÉTODO PROHIBIDO]** después de la finalización del evento, deberá presentar una nueva solicitud a la Organización Nacional Antidopaje o Federación Internacional correspondiente.

No dude en ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Saludos cordiales,

**OGE**

CC. **MÉDICO DEL DEPORTISTA**

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

**Datos del deportista**

Apellido Nombre

Fecha de nacimiento Deporte Disciplina

Nombre del evento

**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 Organización de Grandes Eventos: Fecha:

Datos de contacto:

**Decisión del CAUT**

Nombre del Presidente del CAUT: