



MAGYAR ANTIDOPPING CSOPORT
HUNGARIAN ANTI-DOPING GROUP



Magyar TUE Bizottság (HTUEC) – Hungarian TUE Committee

TUE FELÜLVIZSGÁLATI KÉRELEM / TUE REVIEW REQUEST FORM

Kérjük, minden rovatot olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel, vagy számítógéppel töltsön ki. Az olvashatatlan vagy hiányosan kitöltött kérelmek minden esetben visszaküldésre kerülnek, és csak az újból beadott, olvashatóan és teljes mértékben kitöltött kérvények fogadhatók el. /

Please complete all sections in capital letters or typing. Illegible or incomplete forms will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Sportoló adatai / Athlete Information

Név / Name (Surname – Given Names)	
Születési név / Maiden Name	
Neme / Gender	<input type="checkbox"/> Nő / Female <input type="checkbox"/> Férfi / Male
Születési idő, hely (nn/hh/éééé) / Date of Birth (dd/mm/yyyy), Place	
Lakcím / Address	
E-mail cím / E-mail address	
Mobilszám / (Mobile) Phone No.	
Sportszövetség neve / Sport Federation	
Versenyszám / Sport – Discipline	
Fogyatékkal élő sportoló esetén, a fogyatékoság megjelölése / In case of an Athlete with an impairment, please indicate the impairment	

2. Érvényes TUE engedélye adatai / Existing TUE

TUE engedély (határozat) száma / TUE Decision reference no.:	
Diagnózis / Diagnosis:	

Kezelés (hatóanyag, adag, gyakoriság) / <i>Treatment (substance, dose, frequency)</i>	
Érvényesség kezdő napja: / <i>Effective from:</i>	
Érvényesség utolsó napja: / <i>Expiry date:</i>	

2. Változatlanági nyilatkozat / No change declaration

Alulírott sportoló ezúton nyilatkozom, hogy egészségügyi állapotomban (diagnózis), és a TUE engedély szerinti kezelésemben (különösen: a kezelés módja, hatóanyag, dózis, gyakoriság) változás nem történt. Ennek alátámasztásaként mellékelem az éves orvosi felülvizsgálatom ambuláns kezelőlapját. / I hereby declare that there is no change in my medical condition (diagnosis), nor in the applied treatment (in particular in the route of administration, substance, dose, frequency) as set forth in my TUE decision. The document of my annual medical check-up is attached hereto.

3. Sportolói nyilatkozat

Alulírott sportoló a HUNADO adatkezelési tájékoztatójának elolvasását követően (https://www.antidopping.hu/Adatvedelmi_nyilatkozat) ezúton írásban nyilatkozom, hogy a jelen dokumentumban szereplő valamennyi információ helyes és pontos. Továbbá ezúton felhatalmazást adok arra vonatkozóan is, hogy személyes egészségügyi információimat kiadják a Nemzeti Doppingellenes Szervezet (NADO), valamint a WADA erre felhatalmazott munkatársainak, a WADA TUEC (Gyógyászati célú Mentességi Bizottság), és a sportágam Nemzetközi Szövetsége TUEC (Gyógyászati célú Mentességi) Bizottsága, és olyan felhatalmazott munkatársai részére, akik a Szabályzat rendelkezései szerint az információt megkapni jogosultak lehetnek. Tudomással bírok arról, hogy ezen személyek hivatásrendjük etikai szabályai, illetve szerződéses jogviszonyuk alapján titoktartásra kötelesek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelőorvosom a jelen kérelmem elbírálásához szükséges bármely egészségügyi adatomat a fenti személyek rendelkezésére bocsássa.

Tudomásul veszem, hogy adataimat kizárólag a jelen kérelmem elbírálása céljából, az esetleges doppingvétség kivizsgálása és az erre irányuló eljárás összefüggésében használhatják fel. Tudomásul veszem, hogy ha bármikor (1) bővebb tájékoztatást kívánok adataim felhasználásáról; (2) gyakorolni kívánom bármely jogomat, így különösen hozzáférési és helyesbítési, kijavítási, korlátozási, tiltakozási, vagy törlési jogomat, vagy (3) a fenti szervezeteknek az egészségügyi adataim megszerzésére vonatkozó jogát vissza kívánom vonni, köteles vagyok erről írásban értesíteni orvosomat, és az illetékes Nemzeti Doppingellenes Szervezetet (NADO). Tudomásul veszem, hogy a beleegyezésem visszavonásáig a Gyógyászati mentességhez (TUE) kapcsolódó személyes adataim megőrzésre kerülnek, és azok a doppingvétségek elkövetésének igazolása, illetve lehetséges doppingvétségek megállapítása céljából az arra illetékes szervezetek rendelkezésére bocsáthatók,

amennyiben ezt a Nemzetközi Doppingellenes Szabályzat (WADA Kódex), a doppingellenes nemzetközi követelmények, vagy a nemzeti doppingellenes szabályozás előírja, továbbá akár a személyemet, akár a WADA-t, vagy egyéb doppingellenes szervezetet érintő jogi igény megalapozásához, érvényesítéséhez, vagy ezzel kapcsolatos védekezés előterjesztéséhez az szükséges.

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a jelen kérelem alapján meghozott döntés a felettem ellenőrzési, illetve eredménykezelési jogosultsággal rendelkező doppingellenes szervezetek részére továbbításra kerüljön.

Tudomással bírok arról és elfogadom, hogy a személyes adataim, és a jelen kérelmem alapján meghozott döntés a tartózkodási országomon kívüli országokba is továbbításra kerülhetnek. Egyes országok adatvédelmi szabályai által biztosított védelmi szint eltérhet a tartózkodási országom szabályai által biztosított védelmi szinttől. Tudomással bírok arról és elfogadom, hogy a személyes adataim a Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség (WADA) által kanadai szerverszolgáltatónál fenntartott ADAMS rendszerben kerülnek tárolásra a WADA adatvédelmi nemzetközi követelményében (International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information) meghatározott időtartamra szólóan.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben úgy vélem, hogy személyes adataim nem a fenti nyilatkozatnak, és/vagy a magánélet védelmére, és a személyes adatokra vonatkozó nemzetközi követelménynek megfelelően kerülnek kezelésre, úgy panasszal élhetek a WADA (Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség) vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH) felé.

Tudomással bírok arról, hogy a nemzeti doppingellenes és egyéb jogszabályok alapján a fenti szervezetek a jelen hozzájárulásomtól függetlenül kötelesek lehetnek a személyes adataim bírósági, vagy hatósági eljárásban történő megadására.

Kelt:

sportoló aláírása

szülő/gondviselő aláírása

(Amennyiben a sportoló kiskorú, vagy a jelen nyomtatvány aláírásában őt gátló fogyatékoságban szenved, a sportolóval együtt, vagy nevében, a szülők, vagy gondviselők kötelesek a nyomtatványt aláírásukkal hitelesíteni.)

After having read HUNADO's data protection information report on its website (https://www.antidopping.hu/Adatvedelmi_nyilatkozat) I hereby certify that the information set out in this document 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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

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 present 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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

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 my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

Date: _____

Athlete's signature

Parent's/Guardian's signature

(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).