

Resolución de 22 de abril de 2015, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueban los formularios para los controles de dopaje.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
«BOE» núm. 110, de 8 de mayo de 2015
Referencia: BOE-A-2015-5143

TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: sin modificaciones

El capítulo IV del Título IV del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte, modificado por Real Decreto 1744/2011, de 25 de noviembre, regula la realización de controles y toma de muestras.

En concreto, en el artículo 81 se establece que los datos referentes al proceso de recogida de muestras se recogerán en el correspondiente Formulario de Control del Dopaje, que se establecerá por Resolución del Presidente del Consejo Superior de Deportes.

Dado que las muestras biológicas a analizar pueden ser tanto de orina como de sangre, y a efectos de clarificar los procedimientos, se entiende que la mejor opción es la aprobación de dos formularios de control, uno de orina y otro de sangre, que recojan las distintas matrices sobre las que se realicen los correspondientes análisis.

Con efectos de simplificación, en dichos formularios de control se incluye el formulario de notificación al deportista, con todos los requisitos exigidos en el Real Decreto.

Asimismo, en el artículo 93 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, se establece la existencia de un documento adjunto al formulario de control en el que pueda declararse observaciones, irregularidades o comportamientos inhabituales en el proceso de control.

Para una mayor claridad, se considera conveniente la aprobación de un formulario de información complementaria, en el que tenga cabida cualquier comentario sobre el proceso de control que quiera hacer el deportista, su acompañante, los Agentes de Control de Dopaje u otra persona autorizada a estar presente en el control, y un formulario de misión en el que el Oficial de control informará sobre diferentes aspectos del proceso de control relacionados con la selección del deportista, área de control y desarrollo de la recogida de muestras.

Por otra parte, el artículo 103 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, prevé la existencia además de un formulario de transporte de las muestras, en el que se relacionarán los códigos de las muestras y el medio de transporte utilizado para el envío de las muestras al laboratorio que las vaya a analizar.

Y a su vez, el artículo 104 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril establece también la competencia de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes para aprobar el formulario de cadena de custodia, que debe ser cumplimentado tanto si las muestras son entregadas directamente al laboratorio por uno de los Agentes de control del dopaje como si son transportadas por una empresa de transporte.

También a efectos de simplificación, se considera que la mejor opción es la aprobación de un formulario de transporte y cadena de custodia, que recogerá los datos de la misión, la identificación de las muestras, información sobre el envío, movimientos en el almacenamiento, la transferencia al laboratorio y la recepción por el mismo.

Por otro lado, el artículo 11.1 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva, establece la obligación de todos los deportistas incluidos en el Título II de la misma, de someterse, en competición y fuera de competición, a los controles que determine la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte o, cuando corresponda, las Federaciones deportivas españolas.

El capítulo II del Título II de la Ley Orgánica 3/2013, regula el régimen sancionador en materia de dopaje.

En particular, el artículo 22 tipifica las infracciones en materia de dopaje, considerando como infracción grave el incumplimiento de las obligaciones relativas a la presentación de información sobre localización o relativas a la disponibilidad del deportista para realizar los controles en dicha localización. Se considerará que existe infracción cuando el deportista haya faltado a las obligaciones en materia de localización en tres ocasiones durante un plazo de dieciocho meses.

Asimismo, el artículo 78 del Real Decreto 641/2009 de 17 de abril determina que, en el caso de un control fuera de competición, si el oficial de control del dopaje se presenta en la localización facilitada por el deportista, y no le encuentra, esperará como mínimo en ese lugar hasta treinta minutos adicionales, y caso de no personarse hará constar las circunstancias en las que ha intentado el control.

Se considera necesaria, pues, la aprobación de un formulario de Intento fallido, en el que se facilite una información detallada de la falta de localización del deportista.

Los formularios deberán ser cumplimentados sobre una superficie dura, en letras mayúsculas, debiendo cerciorarse, al escribir, de que los datos escritos sean legibles en todas las hojas.

La Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos impulsa la aplicación de medios electrónicos a los procesos de trabajo y la gestión de los procedimientos y de la actuación administrativa.

Bajo criterios de simplificación administrativa, podrán utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación de los formularios.

El Real Decreto 1671/2009, de 6 de noviembre, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, permite la práctica de notificaciones por medios electrónicos cuando así haya sido consentido expresamente por el interesado. Se podrá acordar la práctica de notificaciones en las direcciones de correo electrónico que los ciudadanos elijan siempre que se genere automáticamente y con independencia de la voluntad del destinatario un acuse de recibo que deje constancia de su recepción y que se origine en el momento del acceso al contenido de la notificación.

En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación de los formularios, las copias de los formularios de control de dopaje dirigidas al deportista, se notificarán en la dirección de correo electrónico facilitado por el mismo en el propio formulario, siempre que haya consentido expresamente.

En base a todo lo anterior, se entiende preciso la aprobación de 6 tipos de formularios: el Formulario de Control de Orina, recogido en el anexo I, el Formulario de Control de Sangre, en el anexo II, el Formulario de Información Complementaria, en el anexo III, el Formulario de Transporte y Cadena de Custodia, en el anexo IV, el Formulario de Intento Fallido, en el anexo V y el Formulario de Informe de Misión, en el anexo VI.

Asimismo, en el anexo VII se recogen unas Instrucciones para la correcta cumplimentación de los formularios y en el anexo VIII unas Definiciones.

Cabe señalar por último, que los formularios han sido elaborados tomando como base los de la Agencia Mundial Antidopaje y que además del castellano, se ha utilizado el inglés.

Madrid, 22 de abril de 2015.–El Presidente del Consejo Superior de Deportes, Miguel Cardenal Carro.



**FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (ORINA)
DOPING CONTROL FORM (URINE)**

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad de control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Identificación Identity | | | ¿Identificación con foto? Picture provided? | | <input type="checkbox"/> Sí /Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Nombre/name | Apellidos/family name | | | | |
| Fecha nac. date of birth | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality | Numero de telefono / telephone number | Tipo docum. /type doc. |
| Dirección Address | Calle, numero/street, number | | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/region | |
| | Correo electrónico / email address | | Nombre entrenador / Coach name | Nombre del medico / doctor name | | |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION (por favor lea informacion al reverso, please read the information on the back)

| | | | | | |
|---|---|-----------|-------------------|-------------------------|---|
| Fecha Date | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | <p>Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje.</p> <p>I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation</p> |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | Sí/yes | | No/no | Hora límite deadline | |
| | Nombre del ACD/Escolta. Name of the DCO/chaperone | | Firma / signature | | |
| | Nombre del tutor (si asiste)/ Name of the legal guardian (if present) | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> En caso de utilizarse dispositivos electrónicos, acepto recibir mi copia por correo electrónico In case paperless systems are used, I accept to receive the copy of this form by email |
| Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) | | | | | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|---|---|--|-----------|----------|---|--|
| Tipo muestra sample type | EC/IC | | FC/OC | Nombre competición / competition name | Fecha Date | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora llegada área Arrival to station | |
| Género Gender | M | F | TIPO DE ANALISIS SOLICITADO TYPE OF ANALYSIS REQUESTED | | | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis requested with an X | | | | |
| | Estándar/standard | | EPO/ESA | IRMS | AICAR | Otro, especificar /other, specify | | | | |
| MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / Density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials | | | | | |
| NA MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials | | | | | |
| NA MUESTRA 3 AB SAMPLE 3 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials | | | | | |
| NA PARCIAL 1 PARTIAL 1 | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | Iniciales de los testigos Witness initials | | | | | | |
| NA PARCIAL 2 PARTIAL 2 | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | Iniciales de los testigos Witness initials | | | | | | |
| DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage, prescribing doctor's name and TUE code if applicable. | | | | | | | | | | |

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR TESTING PROCEDURE

Los firmantes declaran que la recogida de muestra se ha efectuado conforme al procedimiento vigente. The undersigned declare that the sample collection process was developed in accordance with the procedures in force

| | | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------|----------|-----------|
| Nombre OCD/ Name DCO | Firma / signature | Iniciales/initials | Nombre testigo / witness name | Firma / signature | Iniciales/initials | | |
| Nombre ACD/ Name DCO 2 | Firma / signature | Iniciales/initials | Nombre testigo / witness name | Firma / signature | Iniciales/initials | | |
| Nombre acompañante deportista / athletes assistant | Firma / signature | Iniciales / initials | Fin control End of control | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time |

Consiento que en el laboratorio se investigue con mi muestra una vez sea hecha anónima / I accept that the laboratory use my sample anonymized for research purposes

OBSERVACIONES. Registrar aquí cualquier comentario y si es necesario utilizar un informe complementario. COMMENTS: any comments should be noted here. If necessary, continue on a supplementary form.

Indique si se adjunta formulario complementario. Tick if supplementary form attached

Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta, y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente. I declare that the information I have given in this document is correct and that the sample collection procedure followed is in accordance with the procedure in force.

Firma del deportista / signature of the athlete

Copia amarilla. Deportista
Yellow copy. Athlete

VERSION 1: 2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

- ✓ Los datos recabados en el formulario de control de dopaje serán tratados por la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sólo podrán utilizarse para el seguimiento de los controles de dopaje realizados y sus resultados.
- ✓ La responsable de este fichero es la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Plaza de Valparaíso 4, 28016, Madrid.
- ✓ Tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ante el responsable del fichero.
- ✓ Todos mis datos y ficheros relativos al control de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a los organismos internacionales públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, en el marco de lo que dispongan los compromisos internacionales legalmente vinculantes asumidos por España, o para realizar estadísticas o estudios de investigación, de conformidad con el art. 54 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Los datos relativos al control de dopaje serán cancelados, conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.
- ✓ Si formas parte del Grupo de Seguimiento Individual de la AEPSAD, tus datos y ficheros relativos a los parámetros biológicos, obtenidos a través de las muestras de sangre u orina, podrán ser cedidos, con tu previo consentimiento y en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a tu correspondiente Federación Internacional y a la Agencia Mundial Antidopaje, a través del Sistema de Administración y de Gestión Antidopaje (ADAMS: Antidoping Administration and Management System), con el fin de determinar tu perfil longitudinal hematológico o esteroideo.

DOPING CONTROL FORM

PROTECTION OF PRIVACY AND PERSONAL INFORMATION

- ✓ All data provided in this doping control form will be handled by the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport, on the basis of the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th, and may only be used for testing follow-up and results management.
- ✓ The responsibility on this files will, hereby, be assumed by the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport.
- ✓ I, the athlete, may exercise my rights of accessing, amending, deleting and complaining with the data files responsible, as provided by the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th
- ✓ All my data and doping control related files can be made accessible, in accordance with the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th to other International Organizations, public or private, involved in fight against doping, of which Spain would be part, within international legal agreements assumed by Spain, as well as for statistical or research purposes, on the basis of art. 54 of the Protection of Athlete's Health and Fight Against Doping in Sports Law 3/2013, June 20th
- ✓ All data related with the doping control will be deleted, in accordance with Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th, once considered unnecessary or useless for the purpose for which they would have been gathered.
- ✓ If you are included in the recording testing pool of the AEPSAD, several personal data and biological parameters, obtained from the analysis of your samples, urine or Blood, can be shared, with your previous consent and according to the Law 15/1999, 13th December, about Personal Protection Data, to my related International Federation and the World Antidoping Agency, throughout the ADAMS web entourage (ADAMS: Antidoping Administration and Management System), with the aim of make possible a proper evaluation and follow up of parameters.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (ORINA) DOPING CONTROL FORM (URINE)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad de control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--|--|
| Identificación Identity | <input type="text"/> | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Sí /Yes <input type="checkbox"/> No |
| | Nombre/name | Apellidos/family name | |
| Fecha nac. date of birth | <input type="text"/> | Nacionalidad / Nationality | <input type="text"/> |
| | Día/day | Mes/month | Año/year |
| Dirección Address | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Calle, número/street, number | Ciudad/Town | Código postal /postal code |
| | <input type="text"/> | | Provincia/region |
| | <input type="text"/> | | Provincia/region |
| | Correo electrónico / email address | | Nombre entrenador / Coach name |
| | <input type="text"/> | | Nombre del médico / doctor name |
| | <input type="text"/> | | Nombre del médico / doctor name |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION (por favor lea información al reverso, please read the information on the back)

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|----------------------|----------------------|---|
| Fecha Date | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje. I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation. |
| | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No | Hora límite deadline | <input type="text"/> | | |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| | Nombre del ACD/Escolta. Name of the DCO/chaperone | | Firma / signature | | |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| | Nombre del tutor (si asiste)/ Name of the legal guardian (if present) | | | | |
| | Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) | | | | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|--------------------------|---|--|
| Tipo muestra sample type | <input type="text"/> | Fecha Date | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Hora llegada área Arrival to station | <input type="text"/> |
| | EC/IC | FC/OC | Nombre competición / competition name | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Día/day | Mes/month | Año/year | <input type="text"/> |
| Género Gender | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO DE ANALISIS SOLICITADO TYPE OF ANALYSIS REQUESTED | | | | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis requested with an X |
| | Estándar/standard | | | | EPO/ESA | IRMS |
| | <input type="text"/> | | | | AICAR | Otro, especificar /other, specify |
| | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Iniciales de los testigos Witness initials |
| | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / Density (g/l) | | |
| NA <input type="checkbox"/> MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Iniciales de los testigos Witness initials |
| | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | | |
| NA <input type="checkbox"/> MUESTRA 3 AB SAMPLE 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Iniciales de los testigos Witness initials |
| | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | | |
| NA <input type="checkbox"/> PARCIAL 1 PARTIAL 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Iniciales de los testigos Witness initials |
| | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | | | |
| NA <input type="checkbox"/> PARCIAL 2 PARTIAL 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Iniciales de los testigos Witness initials |
| | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | | | |
| DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage, prescribing doctor's name and TUE code if applicable. | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | |

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR TESTING PROCEDURE

Los firmantes declaran que la recogida de muestra se ha efectuado conforme al procedimiento vigente. The undersigned declare that the sample collection process was developed in accordance with the procedures in force

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| Nombre OCD/ Name DCO | Firma / signature | Iniciales/initials | Nombre testigo / witness name | Firma / signature | Iniciales/initials | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nombre ACD/ Name DCO 2 | Firma / signature | Iniciales/initials | Nombre testigo / witness name | Firma / signature | Iniciales/initials | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nombre acompañante deportista / athletes assistant | Firma / signature | Iniciales / initials | Fin control End of control | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Consiento que en el laboratorio se investigue con mi muestra una vez sea hecha anónima / I accept that the laboratory use my sample anonymized for research purposes | | | | | | | |
| OBSERVACIONES. Registrar aquí cualquier comentario y si es necesario utilizar un informe complementario. COMMENTS: any comments should be noted here. If necessary, continue on a supplementary form. | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| Indique si se adjunta formulario complementario. Tick if supplementary form attached <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta, y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente. I declare that the information I have given in this document is correct and that the sample collection procedure followed is in accordance with the procedure in force. | | | | | | | |
| | | | | | | Firma del deportista / signature of the athlete | |

Copia rosa. Autoridad de recogida
Pink copy. Collection Authority

VERSION 1: 2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (ORINA)
DOPING CONTROL FORM (URINE)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad de control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|------------------|---|--|
| Tipo muestra sample type | | Fecha Date | | Hora llegada área Arrival to station | |
| EC/IC | FC/OC | Nombre competición / competition name | | | |
| Diario | Mes | Año | | | |
| Gender | TIPO DE ANALISIS SOLICITADO TYPE OF ANALYSIS REQUESTED | | | | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis requested with an X |
| M | F | Estándar/standard | EPO/ESA | IRMS | AICAR |
| Otro, especificar / other, specify | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / Density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials |
| <input type="checkbox"/> MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials |
| <input type="checkbox"/> MUESTRA 3 AB SAMPLE 3 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | Vol./vol. (mL) | Densidad / density (g/l) | Iniciales de los testigos Witness initials |
| <input type="checkbox"/> PARCIAL 1 PARTIAL 1 | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | Iniciales de los testigos Witness initials | |
| <input type="checkbox"/> PARCIAL 2 PARTIAL 2 | Código del precinto / code of the seal | Hora cerrado / sealing time | Vol. / vol. (mL) | Iniciales de los testigos Witness initials | |
| <p>DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage, prescribing doctor's name and TUE code if applicable.</p> | | | | | |

Copia azul. Laboratorio
Blue copy. Laboratory

VERSION 1: 2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE NOTIFICACION
NOTIFICATION FORM

| | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Autoridad de control Testing Authority | <input type="text"/> | Código misión Mission code | <input type="text"/> |
| Autoridad recogida Collection Authority | <input type="text"/> | Deporte Sport | <input type="text"/> |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | <input type="text"/> | Disciplina Discipline | <input type="text"/> |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| Identificación Identity | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Sí /Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Nombre/name | Apellidos/family name | | | |
| Fecha nac. date of birth | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality | Numero de telefono / telephone number |
| Dirección Address | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Calle, numero/street, number | | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/region |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Correo electrónico / email address | | Nombre entrenador / Coach name | Nombre del medico / doctor name | |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION (por favor lea informacion al reverso, please read the information on the back)

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|--|
| Fecha Date | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <p>Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje.</p> <p>I Hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de utilizarse dispositivos electrónicos, acepto recibir mi copia por correo electrónico In case paperless systems are used, I accept to receive the copy of this form by email</p> |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | <input type="text"/> | Si/yes | No/no | Hora límite deadline | |
| | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | |
| Nombre del ACD/Escolta. Name of the DCO/chaperone | <input type="text"/> | | Firma / signature | <input type="text"/> | |
| Nombre del tutor (si asiste) Name of the legal guardian (if present) | <input type="text"/> | | | | Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) |

Notificación. Deportista
Notification. Athlete

VERSION 1: 2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

INFORMACIÓN PARA EL DEPORTISTA

Has sido seleccionado para someterte a un control de dopaje, de acuerdo con los datos que figuran en el anverso de esta Notificación. **Tienes derecho a:**

- ✓ Designar a un acompañante (médico, fisioterapeuta, entrenador o delegado). Si eres menor de edad, también podrá estar presente tu padre, madre o tutor.
- ✓ Ser informado de los trámites esenciales del procedimiento con sus consecuencias y poder solicitar información adicional.
- ✓ Ser informado, si formas parte del Grupo de Seguimiento Individual de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, sobre las particularidades de los análisis para el pasaporte biológico, con el fin de determinar tu perfil longitudinal esteroideo y hematológico.
- ✓ Ser informado del posible uso del pasaporte biológico como medio de prueba en un procedimiento sancionador, conforme al artículo 39.4 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Solicitar información adicional sobre la recogida de muestras
- ✓ No someterte al control si existe una justificación válida, entendiéndose por tal la imposibilidad de acudir como consecuencia acreditada de lesión que te impida objetivamente someterte al control, o cuando la realización del control ponga en grave riesgo tu salud.
- ✓ Si eres discapacitado, solicitar las adaptaciones necesarias en la toma de muestras.
- ✓ Solicitar, por razones justificadas, una demora para someterte al control.
- ✓ Elegir entre todo el material estéril y precintando que se emplea en la toma de muestras.
- ✓ En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación de los Formularios, consentir que tu copia te sea remitida a la dirección de correo electrónico que has facilitado en el Formulario de Control de Dopaje.
- ✓ Ser informado de que tus datos podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a los organismos internacionales públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, en el marco de lo que dispongan los compromisos internacionales legalmente vinculantes asumidos por España, o para realizar estadísticas o estudios de investigación, de conformidad con el art. 54 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Ser informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tienes el deber de:

- ✓ Someterte al control y ser informado de que, en caso de no hacerlo, puedes incurrir en una infracción en materia de dopaje que lleva aparejada una sanción de privación de la licencia federativa por un periodo de dos años, y multa de 3.001 a 12.000 euros.
- ✓ Permanecer en todo momento bajo la observación del Agente de Control de Dopaje o Escolta designados a tal fin, desde el momento de la notificación hasta la finalización del proceso de recogida de muestras.
- ✓ Identificarte en cualquier momento ante el Agente de Control de Dopaje que lo solicite.
- ✓ Presentarte en el área de control de dopaje o en el lugar habilitado para la recogida de muestras en las condiciones que indique el anverso de esta Notificación.
- ✓ Comprobar que las muestras están adecuadamente codificadas.
- ✓ Cumplimentar todos los datos del anverso del formulario relativos a la información del Deportista, a efectos de posteriores comunicaciones, teniendo la obligación de presentar documentación oficial para ser identificado. En caso de no hacerlo, puedes incurrir en la comisión de la infracción prevista en el artículo 22.1 c) de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. Asimismo, debes indicar, en su caso, los medicamentos que estés consumiendo, el responsable de su prescripción y el alcance temporal del tratamiento, de acuerdo con el artículo 50 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados, y por el que se establecen las medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte.

INFORMATION FOR ATHLETE

You have been selected for a doping control in accordance with the information on the front of this Notification form. **You have the right to:**

- ✓ To appoint a representative during the process (your doctor, physiotherapist, coach, manager, etc....) If you are a minor, this person could be one of your parents or a legal representative.
- ✓ Be informed about the process and its consequences.
- ✓ To be informed whether you are included in the recording testing pool of the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport, as well as about any detail concerning your Blood Passport analysis as to determine your hematological and the steroidal profile.
- ✓ To be informed about the possibility of use of your biological passport data as evidence within a sanction procedure according to art 39.4 of the Law 3/2013, 20th June about the health protection of the athlete and the fight against doping in sport.
- ✓ To request further information regarding the sample collection.
- ✓ Ask for any additional information about the sample collection process
- ✓ To refuse the control whenever a "legitimate cause" exists, understanding as such "legitimate" the impossibility to attend the doping control station due to medical reasons such as serious injury (properly accredited) or the possibility of health's risk if being tested.
- ✓ If you are a disabled athlete, to request modifications during the sample collection process.
- ✓ To request for a delay in reporting to the doping control station when there are valid reasons and always being chaperoned.
- ✓ In case electronic devices are used to fill in the forms, with my signature I accept that my copy of the doping control form can be sent to me by email to the address indicated in this form.
- ✓ I am informed that data from the biological passport can be used in a sanction procedure.
- ✓ To choose always between at least two identical devices individually packed and sterile.
- ✓ Be informed that your personal data can be made accessible in accordance with the Law 15/1999, 13th December, about the protection of personal character data to other International Organizations, public or private, of which Spain is part and are involved in the anti-doping fight in sport, and which have treaties and/or legal agreements with Spain on the basis of the art. 54 of the Law 3/2013, 20th June, about the health protection of the athlete and the fight against doping
- ✓ Be informed about my right regarding modification and cancellation of information in accordance with the law 15/1999, about the protection of personal character data.

You have the responsibility to:

- ✓ Submit the sample collection and be informed that, in case of refusal, it may be considered as an anti-doping rule violation that should result in a period of ineligibility from two to four years and a financial sanction between 3001 € and 12.000€.
- ✓ Remain within the sight of sample collection personnel throughout the doping control process from notification until the end of the process.
- ✓ To produce the appropriated identification
- ✓ Report to the doping control station for Testing following the indications given in this notification form.
- ✓ To verify that the samples are properly identified.
- ✓ All Athlete Information related Data should be properly filled in on the front page of the Doping Control Form, for the purpose of subsequent communications. The Athlete must produce an appropriate identification, otherwise considered an anti-doping rule violation, on the basis of art 22.1 c) of the Protection of Athlete's Health and Fight Against Doping in Sports Law 3/2013, June 20th. The Athlete must register any medicine or drug consumed, indicating the prescription responsible and the duration of the treatment, on the basis of art. 50 of R.D. 641/2009, April 17th, regarding regulation of doping control procedures, authorized laboratories, and the establishment of supplementary measures to prevent doping and protect health in sport.

ANEXO II



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (SANGRE)
DOPING CONTROL FORM (BLOOD)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Identificación Identity | | | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Sí / Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Nombre/name | Apellidos/family name | | | | |
| Fecha nac. date of birth | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality | Número de teléfono / telephone number |
| Direccion Address | | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/region | |
| Calle, número/street, number | | | | | |
| Correo electrónico / email address | | | Nombre entrenador / Coach name | | Nombre del médico / doctor name |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION

| | | | | | | |
|--|--------------|--|-------------------------|-----------|--|--|
| Fecha Date | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje. I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation | |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | Sí/yes No/no | | Hora límite deadline | | | |
| Nombre del ACCI/Escolta. Name DCO/chaperone | | Firma / signature | | | | |
| Nombre del tutor (si asiste) / Name of legal guardian (if present) | | Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) | | | | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| Tipo muestra/sample type | Genero/Gender | Nombre competición / competition name | Fecha / Date | Llegada area / Arrival station |
| EC/IC FC/OC | M F | | Día/day Mes/month Año/year | |
| MUESTRA 1 A/B SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | TIPO ANALISIS SOLICITADO / TYPE OF ANALYSIS REQUESTED | |
| MUESTRA 2 A/B SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | <input type="checkbox"/> ABP <input type="checkbox"/> HGH <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Otros, especificar/Others, specify Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X | |
| DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. Informe si ha sufrido alguna transfusión en los últimos 6 meses. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage and prescribing doctor's name. Indicate TUE code, if applicable. Indicate if you have received a blood transfusion in the past 6 months. | | | | |
| PREGUNTAR SOLO CUANDO HAY ABP / ASK ONLY WHEN ABP ANALYSIS IS REQUESTED | | | | |
| ¿Ha estado el deportista sentado al menos 10 min. antes de la recogida de muestra? Has the athlete been seated for at least 10 min. before sample collection? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Comentarios/comments | | |
| ¿Ha estado el deportista durante los últimos 3 días compitiendo de modo consecutivo? Has the athlete been competing continuously during the past 3 days? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Nombre competición / event name Fechas / Dates | | |
| ¿Se ha entrenado en las últimas 2 horas? Has the athlete performed any strenuous physical exercise in the last 2 hours? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Tipo de ejercicio/Type exercise Causa/reason | | |
| ¿Ha estado residiendo o entrenando a mas de 1000m durante las últimas 2 semanas? Has the athlete resided or trained at an altitude (> 1000m) during the last 2 weeks? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Altura/altitude Lugar/localization Fechas/dates | | |
| ¿Ha utilizado en las últimas 2 semanas cualquier dispositivo simulador de altura? Has the athlete used any form of altitude simulation device during the last 2 weeks? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Sistema/device Frecuencia/Frequency | | |
| ¿Ha donado o perdido sangre en los últimos 3 meses? Has the athlete lost, donated or received blood in the last 3 months? | | <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Volumen/volume Fechas/dates | | |

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF TESTING PROCEDURE

| | |
|--|--------------------------------------|
| Los firmantes declaran que la recogida de muestra se ha efectuado conforme al procedimiento vigente. The undersigned declare that the sample collection process was developed in accordance with the procedures in force. | |
| Nombre OCD/ Name of the DCO | Firma / signature |
| Nombre acompañante deportista / Athlete's assistant's name | Firma / signature |
| Fin control End of control | Día/day Mes/month Año/year Hora/Time |
| Nombre OCD/ Name of the DCO 2 | Firma / signature |
| <input type="checkbox"/> Consiento que en el laboratorio se investigue con mi muestra una vez sea hecha anónima / I accept that the laboratory use my anonymized sample for research purposes | |
| OBSERVACIONES. Registrar aquí cualquier comentario y si es necesario utilizar un informe complementario. COMMENTS: any comments should be noted here. If necessary, continue on a supplementary form. | |
| Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta, y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente. I declare that the information I have given in this document is correct and that the sample collection procedure followed is in accordance with the procedure in force. | |
| Firma del deportista / Athlete's signature | |

Original verde. Autoridad de control
Green, original Testing Authority

VERSION 1:2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (SANGRE)
DOPING CONTROL FORM (BLOOD)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Identificación Identity | | | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Si / Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Nombre/name | Apellidos/family name | | | | |
| Fecha nac. date of birth | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality | Número de teléfono / telephone number |
| Direction Address | Calle, número/street, number | | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/región |
| Correo electrónico / email address | Nombre entrenador / Coach name | | Nombre del médico / doctor name | | |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION

| | | | | | |
|--|--------------|-------------------|-------------------------|---|---|
| Fecha Date | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje. I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation. |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | Sí/yes No/no | | Hora límite deadline | | |
| Nombre del ACD/Escorta. Name DCO/chaperone | | Firma / signature | | | |
| Nombre del tutor (si asiste) / Name of legal guardian (if present) | | | | <input type="checkbox"/> En caso de utilizarse dispositivos electrónicos, acepto recibir mi copia por correo electrónico In case, paperless devices are used, I accept to receive the copy of this form by email | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Tipo muestra/sample type | Genero/Gender | Nombre competición / competition name | Fecha / Date | Llegada area / Arrival station |
| EC/IC FC/OC | M F | | Día/day Mes/month Año/year | |
| MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | TIPO ANALISIS SOLICITADO / TYPE OF ANALYSIS REQUESTED <input type="checkbox"/> ABP <input type="checkbox"/> hGH <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Otros, especificar/Others, specify | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |
| MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | <input type="checkbox"/> ABP <input type="checkbox"/> hGH <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Otros, especificar/Others, specify | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |
| DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. Informe si ha sufrido alguna transfusión en los últimos 6 meses. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage and prescribing doctor's name. Indicate TUE code, if applicable. Indicate if you have received a blood transfusion in the past 6 months. | | | | |
| PREGUNTAR SOLO CUANDO HAY ABP / ASK ONLY WHEN ABP ANALYSIS IS REQUESTED | | | | |
| ¿Ha estado el deportista sentado al menos 10 min. antes de la recogida de muestra? Has the athlete been seated for at least 10 min. before sample collection? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Comentarios/comments | | | | |
| ¿Ha estado el deportista durante los últimos 3 días compitiendo de modo consecutivo? Has the athlete been competing continuously during the past 3 days? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Nombre competición / event name Fechas / Dates | | | | |
| ¿Se ha entrenado en las últimas 2 horas? Has the athlete performed any strenuous physical exercise in the last 2 hours? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Tipo de ejercicio/Type exercise Causa/reason | | | | |
| ¿Ha estado residiendo o entrenando a más de 1000m durante las últimas 2 semanas? Has the athlete resided or trained at an altitude (> 1000m) during the last 2 weeks? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Altura/altitude Lugar/localization Fechas/dates | | | | |
| ¿Ha utilizado en las últimas 2 semanas cualquier dispositivo simulador de altura? Has the athlete used any form of altitude simulation device during the last 2 weeks? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Sistema/device Frecuencia/Frequency | | | | |
| ¿Ha donado o perdido sangre en los últimos 3 meses? Has the athlete lost, donated or received blood in the last 3 months? <input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N Volumen/volume Fechas/dates | | | | |

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF TESTING PROCEDURE

| | | | |
|---|-------------------|--|--------------------------------------|
| Los firmantes declaran que la recogida de muestra se ha efectuado conforme al procedimiento vigente. The undersigned declare that the sample collection process was developed in accordance with the procedures in force. | | | |
| Nombre OCD/ Name of the DCO | Firma / signature | Nombre acompañante deportista / Athlete's assistant's name | Firma / signature |
| Nombre ACD/ Name of the DCO 2 | Firma / signature | Fin control End of control | Día/day Mes/month Año/year Hora/time |
| <input type="checkbox"/> Consiento que en el laboratorio se investigue con mi muestra una vez sea hecha anónima / I accept that the laboratory use my anonymized sample for research purposes | | | |
| OBSERVACIONES. Registrar aquí cualquier comentario y si es necesario utilizar un informe complementario. COMMENTS: any comments should be noted here. If necessary, continue on a supplementary form. | | | |
| Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta, y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente. I declare that the information I have given in this document is correct and that the sample collection protocol followed is in accordance with the procedure in force. | | | |
| Firma del deportista / Athlete's signature | | | |

Copia amarilla. Deportista
Yellow copy. Athlete

VERSION 1:2015 AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

- ✓ Los datos recabados en el formulario de control de dopaje serán tratados por la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sólo podrán utilizarse para el seguimiento de los controles de dopaje realizados y sus resultados.
- ✓ La responsable de este fichero es la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Plaza de Valparaíso 4, 28016, Madrid.
- ✓ Tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ante el responsable del fichero.
- ✓ Todos mis datos y ficheros relativos al control de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a los organismos internacionales públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, en el marco de lo que dispongan los compromisos internacionales legalmente vinculantes asumidos por España, o para realizar estadísticas o estudios de investigación, de conformidad con el art. 54 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Los datos relativos al control de dopaje serán cancelados, conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.
- ✓ Si formas parte del Grupo de Seguimiento Individual de la AEPSAD, tus datos y ficheros relativos a los parámetros biológicos, obtenidos a través de las muestras de sangre u orina, podrán ser cedidos, con tu previo consentimiento y en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a tu correspondiente Federación Internacional y a la Agencia Mundial Antidopaje, a través del Sistema de Administración y de Gestión Antidopaje (ADAMS: Antidoping Administration and Management System), con el fin de determinar tu perfil longitudinal hematológico o esteroideo.

DOPING CONTROL FORM

PROTECTION OF PRIVACY AND PERSONAL INFORMATION

- ✓ All data provided in this doping control form will be handled by the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport, on the basis of the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th, and may only be used for testing follow-up and results management.
- ✓ The responsibility on this files will, hereby, be assumed by the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport.
- ✓ I, the athlete, may exercise my rights of accessing, amending, deleting and complaining with the data files responsible, as provided by the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th
- ✓ All my data and doping control related files can be made accessible, in accordance with the Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th to other International Organizations, public or private, involved in fight against doping, of which Spain would be part, within international legal agreements assumed by Spain, as well as for statistical or research purposes, on the basis of art. 54 of the Protection of Athlete's Health and Fight Against Doping in Sports Law 3/2013, June 20th
- ✓ All data related with the doping control will be deleted, in accordance with Protection of Privacy and Personal Information Law 15/1999, Dec 13th, once considered unnecessary or useless for the purpose for which they would have been gathered.
- ✓ If you are included in the recording testing pool of the AEPSAD, several personal data and biological parameters, obtained from the analysis of your samples, urine or Blood, can be shared, with your previous consent and according to the Law 15/1999, 13th December, about Personal Protection Data, to my related International Federation and the World Antidoping Agency, throughout the ADAMS web entourage (ADAMS: Antidoping Administration and Management System), with the aim of make possible a proper evaluation and follow up of parameters.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (SANGRE)
DOPING CONTROL FORM (BLOOD)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Identificación Identity | Nombre/name | | Apellidos/family name | | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Si /Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha nac. date of birth | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality | Número de teléfono / telephone number | Tipo docum. /type doc. | Número / number |
| Direccion Address | Calle, número/street, number | | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/región | | |
| Correo electrónico / email address | Nombre entrenador / Coach name | | Nombre del médico / doctor name | | | | |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION

| | | | | | |
|--|---------|--|----------|-----------|---|
| Fecha Date | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | <p>Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje.</p> <p>I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation</p> |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | Sí/yes | | No/no | | |
| Nombre del ACD/Escolta. Name DCO/chaperone | | Firma / signature | | | |
| Nombre del tutor (si asiste) / Name of legal guardian (if present) | | Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) | | | |

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS / INFORMATION FOR ANALYSIS

| | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|--|
| Tipo muestra/sample type | Genero/Gender | Nombre competición / competition name | Fecha / Date | Llegada area / Arrival station |
| EC/IC FC/OC | M F | | Día/day Mes/month Año/year | |
| MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | <input type="checkbox"/> ABP <input type="checkbox"/> hGH <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> ESA | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |
| MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | <input type="checkbox"/> ABP <input type="checkbox"/> hGH <input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> ESA | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |
| DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del médico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. Informe si ha sufrido alguna transfusión en los últimos 6 meses. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage and prescribing doctor's name. Indicate TUE code, if applicable. Indicate if you have received a blood transfusion in the past 6 months. | | | | |
| PREGUNTAR SOLO CUANDO HAY ABP / ASK ONLY WHEN ABP ANALYSIS IS REQUESTED | | | | |
| ¿Ha estado el deportista sentado al menos 10 min. antes de la recogida de muestra? Has the athlete been seated for at least 10 min. before sample collection? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Comentarios/comments | | |
| ¿Ha estado el deportista durante los últimos 3 días compitiendo de modo consecutivo? Has the athlete been competing continuously during the past 3 days? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Nombre competición / event name Fechas / Dates | | |
| ¿Se ha entrenado en las últimas 2 horas? Has the athlete performed any strenuous physical exercise in the last 2 hours? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Tipo de ejercicio/Type exercise Causa/reason | | |
| ¿Ha estado residiendo o entrenando a más de 1000m durante las últimas 2 semanas? Has the athlete resided or trained at an altitude (> 1000m) during the last 2 weeks? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Altura/altitude Lugar/localization Fechas/dates | | |
| ¿Ha utilizado en las últimas 2 semanas cualquier dispositivo simulador de altura? Has the athlete used any form of altitude simulation device during the last 2 weeks? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Sistema/device Frecuencia/Frequency | | |
| ¿Ha donado o perdido sangre en los últimos 3 meses? Has the athlete lost, donated or received blood in the last 3 months? | | <input type="checkbox"/> SI/Y <input type="checkbox"/> NN Volumen/volume Fechas/dates | | |

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF TESTING PROCEDURE

| | | | |
|---|-------------------|--|---|
| Los firmantes declaran que la recogida de muestra se ha efectuado conforme al procedimiento vigente. The undersigned declare that the sample collection process was developed in accordance with the procedures in force. | | | |
| Nombre OCD/ Name of the DCO | Firma / signature | Nombre acompañante deportista / Athlete's assistant's name | Firma / signature |
| Nombre ACD/ Name of the DCO 2 | Firma / signature | Fin control End of control | Día/day Mes/month Año/year Hora/Time |
| <input type="checkbox"/> Consiento que en el laboratorio se investigue con mi muestra una vez sea hecha anónima / I accept that the laboratory use my anonymized sample for research purposes | | | |
| OBSERVACIONES. Registrar aquí cualquier comentario y si es necesario utilizar un informe complementario. COMMENTS: any comments should be noted here. If necessary, continue on a supplementary form. | | | |
| | | | Marcar si se adjunta formulario complementario. Tick, if supplementary form attached <input type="checkbox"/> |
| Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta, y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente. I declare that the information I have given in this document is correct and that the sample collection protocol followed is in accordance with the procedure in force. | | | |
| Firma del deportista / Athlete's signature | | | |

Copia rosa. Autoridad de recogida
Pink copy. Collection Authority

VERSION 1.2015 AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE (SANGRE)
DOPING CONTROL FORM (BLOOD)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| | | Disciplina Discipline | |

| | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo muestra/sample type | Genero/Gender | Nombre competición / competition name | Fecha / Date | Llegada area / Arrival station |
| EC/IC FC/OC | M F | | Dia/day Mes/month Año/year | |

| TIPO ANALISIS SOLICITADO / TYPE OF ANALYSIS REQUESTED | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|-----|-----|------|----|-----|------------------------------------|--|
| MUESTRA 1 AB SAMPLE 1 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | ABP | hGH | HBOC | BT | ESA | Otros, especificar/Others, specify | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |
| MUESTRA 2 AB SAMPLE 2 | Código de la muestra / sample code | Hora cerrado / sealing time | ABP | hGH | HBOC | BT | ESA | Otros, especificar/Others, specify | Marcar con X el tipo solicitado Indicate analysis with an X |

DECLARACION SOBRE MEDICAMENTOS Y/O SUPLEMENTOS. Por favor, indique los medicamentos, suplementos que ha consumido en los últimos 7 días, así como la dosis y el nombre del medico que se los haya prescrito. De tener AUT indique el código. Informe si ha sufrido alguna transfusión en los últimos 6 meses. DECLARATION OF MEDICATION AND/OR SUPPLEMENT CONSUMPTION, please indicate any medication or supplement consumed during the past 7 days, including dosage and prescribing doctor's name. Indicate TUE code, if applicable. Indicate if you have received a blood transfusion in the past 6 months.

Copia azul. Laboratorio
Blue copy. Laboratory

VERSION 1:2015.AEPSAD



**FORMULARIO DE NOTIFICACION
NOTIFICATION FORM**

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Código misión Mission code | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Deporte Sport | |
| Aut. gestión resultado Management Aut. | | Disciplina Discipline | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|
| Identificación Identity | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | ¿Identificación con foto? Picture provided? | <input type="checkbox"/> Si / Yes <input type="checkbox"/> No |
| | Nombre/name | Apellidos/family name | | |
| Fecha nac. date of birth | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> |
| | Día/day | Mes/month | Año/year | Nacionalidad / Nationality |
| | <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> | | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> |
| | Número de teléfono / telephone number | | Tipo docum. /type doc. | Número / number |
| Dirección Address | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| | Calle, número/street, number | Ciudad/Town | Código postal /postal code | Provincia/región |
| | <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> |
| | Correo electrónico / email address | Nombre entrenador / Coach name | Nombre del médico / doctor name | |
| | <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> | |

2. NOTIFICACION / NOTIFICATION

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Fecha Date | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> |
| | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | |
| ¿Aplica demora? Delay requested? | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | Hora límite deadline | | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | |
| | Si/yes No/no | | | <input style="width: 10%; border: none;" type="text"/> | |
| | <input style="width: 60%; border: none;" type="text"/> | | <input style="width: 60%; border: none;" type="text"/> | | |
| | Nombre del ACDEscolta. Name DCO/chaperone | | Firma / signature | | |
| | <input style="width: 60%; border: none;" type="text"/> | | <input style="width: 60%; border: none;" type="text"/> | | |
| | Nombre del tutor (si asiste) / Name of legal guardian (if present) | | Firma del deportista (o tutor) / Athlete's signature (or legal guardian's) | | |

Reconozco que me ha sido notificada la obligación de someterme a este control de dopaje, que he leído los derechos y obligaciones del deportista durante el proceso y que consiento en someterme al control para el que se me requiere. Entiendo que el incumplimiento o la negativa a someterme al control puede ser constitutivo de la comisión de una infracción en materia de dopaje.

I hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete's rights and responsibilities described overleaf, and I consent to provide my sample(s) as requested. I understand that a failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation

En caso de utilizarse dispositivos electrónicos, acepto recibir mi copia por correo electrónico
In case, paperless devices are used, I accept to receive the copy of this form by email

Notificación Deportista
Notification. Athlete

VERSION 1:2015.AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

INFORMACIÓN PARA EL DEPORTISTA

Has sido seleccionado para someterte a un control de dopaje, de acuerdo con los datos que figuran en el anverso de esta Notificación. **Tienes derecho a:**

- ✓ Designar a un acompañante (médico, fisioterapeuta, entrenador o delegado). Si eres menor de edad, también podrá estar presente tu padre, madre o tutor.
- ✓ Ser informado de los trámites esenciales del procedimiento con sus consecuencias y poder solicitar información adicional.
- ✓ Ser informado, si formas parte del Grupo de Seguimiento Individual de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, sobre las particularidades de los análisis para el pasaporte biológico, con el fin de determinar tu perfil longitudinal esteroideo y hematológico.
- ✓ Ser informado del posible uso del pasaporte biológico como medio de prueba en un procedimiento sancionador, conforme al artículo 39.4 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Solicitar información adicional sobre la recogida de muestras
- ✓ No someterte al control si existe una justificación válida, entendiéndose por tal la imposibilidad de acudir como consecuencia acreditada de lesión que te impida objetivamente someterte al control, o cuando la realización del control ponga en grave riesgo tu salud.
- ✓ Si eres discapacitado, solicitar las adaptaciones necesarias en la toma de muestras.
- ✓ Solicitar, por razones justificadas, una demora para someterte al control.
- ✓ Elegir entre todo el material estéril y precintando que se emplea en la toma de muestras.
- ✓ En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación de los Formularios, consentir que tu copia te sea remitida a la dirección de correo electrónico que has facilitado en el Formulario de Control de Dopaje.
- ✓ Ser informado de que tus datos podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a los organismos internacionales públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, en el marco de lo que dispongan los compromisos internacionales legalmente vinculantes asumidos por España, o para realizar estadísticas o estudios de investigación, de conformidad con el art. 54 de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- ✓ Ser informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tienes el deber de:

- ✓ Someterte al control y ser informado de que, en caso de no hacerlo, puedes incurrir en una infracción en materia de dopaje que lleva aparejada una sanción de privación de la licencia federativa por un periodo de dos años, y multa de 3.001 a 12.000 euros.
- ✓ Permanecer en todo momento bajo la observación del Agente de Control de Dopaje o Escolta designados a tal fin, desde el momento de la notificación hasta la finalización del proceso de recogida de muestras.
- ✓ Identificarte en cualquier momento ante el Agente de Control de Dopaje que lo solicite.
- ✓ Presentarte en el área de control de dopaje o en el lugar habilitado para la recogida de muestras en las condiciones que indique el anverso de esta Notificación.
- ✓ Comprobar que las muestras están adecuadamente codificadas.
- ✓ Cumplimentar todos los datos del anverso del formulario relativos a la información del Deportista, a efectos de posteriores comunicaciones, teniendo la obligación de presentar documentación oficial para ser identificado. En caso de no hacerlo, puedes incurrir en la comisión de la infracción prevista en el artículo 22.1. c) de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. Asimismo, debes indicar, en su caso, los medicamentos que estés consumiendo, el responsable de su prescripción y el alcance temporal del tratamiento, de acuerdo con el artículo 50 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados, y por el que se establecen las medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte.

INFORMATION FOR ATHLETE

You have been selected for a doping control in accordance with the information on the front of this Notification form. **You have the right to:**

- ✓ To appoint a representative during the process (your doctor, physiotherapist, coach, manager, etc...) If you are a minor, this person could be one of your parents or a legal representative.
- ✓ Be informed about the process and its consequences.
- ✓ To be informed whether you are included in the recording testing pool of the Spanish Agency for the Protection of Health in Sport, as well as about any detail concerning your Blood Passport analysis as to determine your hematological and the steroidal profile.
- ✓ To be informed about the possibility of use of your biological passport data as evidence within a sanction procedure according to art 39.4 of the Law 3/2013, 20th June about the health protection of the athlete and the fight against doping in sport.
- ✓ To request further information regarding the sample collection.
- ✓ Ask for any additional information about the sample collection process
- ✓ To refuse the control whenever a "legitimate cause" exists, understanding as such "legitimate" the impossibility to attend the doping control station due to medical reasons such as serious injury (properly accredited) or the possibility of health's risk if being tested.
- ✓ If you are a disabled athlete, to request modifications during the sample collection process.
- ✓ To request for a delay in reporting to the doping control station when there are valid reasons and always being chaperoned.
- ✓ In case electronic devices are used to fill in the forms, with my signature I accept that my copy of the doping control form can be sent to me by email to the address indicated in this form.
- ✓ I am informed that data from the biological passport can be used in a sanction procedure.
- ✓ To choose always between at least two identical devices individually packed and sterile.
- ✓ Be informed that your personal data can be made accessible in accordance with the Law 15/1999, 13th December, about the protection of personal character data to other International Organizations, public or private, of which Spain is part and are involved in the anti-doping fight in sport, and which have treaties and/or legal agreements with Spain on the basis of the art. 54 of the Law 3/2013, 20th June, about the health protection of the athlete and the fight against doping
- ✓ Be informed about my right regarding modification and cancellation of information in accordance with the law 15/1999, about the protection of personal character data.

You have the responsibility to:

- ✓ Submit the sample collection and be informed that, in case of refusal, it may be considered as an anti-doping rule violation that should result in a period of ineligibility from two to four years and a financial sanction between 3001 € and 12.000 €.
- ✓ Remain within the sight of sample collection personnel throughout the doping control process from notification until the end of the process.
- ✓ To produce the appropriated identification
- ✓ Report to the doping control station for Testing following the indications given in this notification form.
- ✓ To verify that the samples are properly identified.
- ✓ All Athlete Information related Data should be properly filled in on the front page of the Doping Control Form, for the purpose of subsequent communications. The Athlete must produce an appropriate identification, otherwise considered an anti-doping rule violation, on the basis of art 22.1 c) of the Protection of Athlete's Health and Fight Against Doping in Sports Law 3/2013, June 20th. The Athlete must register any medicine or drug consumed, indicating the prescription responsible and the duration of the treatment, on the basis of art. 50 of R.D. 641/2009, April 17th, regarding regulation of doping control procedures, authorized laboratories, and the establishment of supplementary measures to prevent doping and protect health in sport.

ANEXO IV



FORMULARIO DE TRANSPORTE Y CADENA CUSTODIA
TRANSPORT AND CHAIN OF CUSTODY FORM

| | | | |
|--|----------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Autoridad control Testing authority | <input type="text"/> | Autoridad gestión Management Aut. | <input type="text"/> |
| Autoridad recogida Collection Authority | <input type="text"/> | Código misión Mission code | <input type="text"/> |

1. INFORMACIÓN DE LA MISIÓN / INFORMATION ABOUT THE MISSION

| | | | |
|------------------------|----------------------|---|----------------------|
| Nombre OCD DCO name | <input type="text"/> | Nombre de la competición Name of competition | <input type="text"/> |
| Lugar Location | <input type="text"/> | Numero de muestras number of samples | <input type="text"/> |
| | | Orina /urine | <input type="text"/> |
| | | Sangre / Blood | <input type="text"/> |
| Fecha Date | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> |
| | | Mes/month | <input type="text"/> |
| | | Año/year | <input type="text"/> |
| | | Hora final/final time | <input type="text"/> |

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS / SAMPLES IDENTIFICATION

| | | | | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

3. INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO / INFORMATION ABOUT THE DELIVERY

| | | | | | |
|---|----------------------|--|--------------------------|---|----------------------|
| Laboratorio de destino/ destination laboratory | <input type="text"/> | Envío refrigerado / Refrigerated delivery | <input type="checkbox"/> | Código controlador temperatura / Temp logger code | <input type="text"/> |
|---|----------------------|--|--------------------------|---|----------------------|

4. MOVIMIENTOS EN EL ALMACENAMIENTO / CHANGE OF STORAGE

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------|----------------------|------------|----------------------|----------|----------------------|-----------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/ month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

5. TRANSFERENCIA AL LABORATORIO / TRANSFER TO LABORATORY

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|----------------------|-----------|----------------------|----------|----------------------|-----------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre OCD DCO name | <input type="text"/> | Fin de almacenamiento End of storage | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/Time | <input type="text"/> | |
| Modo de envío / Way of transfer | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Entrega por OCD / delivered by DCO | <input type="checkbox"/> | Entrega por otros medios / Delivered by other way | <input type="text"/> | | | | | | | Especifique / indicate it |
| <input type="checkbox"/> | Transferencia por mensajería/ transfer by courier | <input type="text"/> | | | | | | | | | Empresa de Mensajería/ company name |
| | | | | | | | | | | Numero de albarán / airwaybill code | |
| | | | | | | | | | | Firma del ACD / signature of the DCO | |
| <p>Declaro que las muestras indicadas en el apartado 2 han sido empaquetadas con el fin de garantizar la conservación íntegra de las muestras durante el transporte / I declare that the samples with the codes indicated in section 2 of this form, were packaged by myself with the aim of preserving their integrity.</p> | | | | | | | | | | | |

6. RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO / RECEIPT BY LABORATORY

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|-----------|----------------------|----------|----------------------|-----------|----------------------|--------|----|--------------------------|---|
| Fecha de llegada envío/ Date of package delivery | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Si/Yes | No | <input type="checkbox"/> | Confirmo que los códigos de los kits se corresponden con los indicados / confirm that the codes of the samples correspond to those listed in the form |
| Persona que recibe / Laboratory staff member | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmo que todos los kits se reciben intactos / confirm the integrity of the kits | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmo que todos los kits se reciben intactos / confirm the integrity of the kits | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | Cargo / position at the laboratory | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| <p>NOTA: en envíos refrigerados adjuntar siempre junto con la cadena de custodia copia del registro de temperaturas. In case of samples delivered in refrigerated conditions, please attach the temperature record to the transport and chain of custody form.</p> | | | | | | | | | | | | |

Original verde. Autoridad de control
Green. Testing Authority

VERSION 1:2015. AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE TRANSPORTE Y CADENA CUSTODIA
TRANSPORT AND CHAIN OF CUSTODY FORM

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Autoridad control Testing authority | | Autoridad gestión Management Aut. | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Código misión Mission code | |

1. INFORMACIÓN DE LA MISIÓN / INFORMATION ABOUT THE MISSION

| | |
|------------------------|---|
| Nombre OCD DCO name | Nombre de la competición Name of competition |
| Lugar Location | Numero de muestras number of samples Orina /urine Sangre / Blood Fecha Date Día/day Mes/month Año/year Hora final/final time |

2. IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS / SAMPLES IDENTIFICATION

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| A/B | A/B | A/B | A/B |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO / INFORMATION ABOUT THE DELIVERY

| | | |
|---|--|---|
| Laboratorio de destino/ destination laboratory | Envío refrigerado / Refrigerated delivery | Código controlador temperatura / Temp logger code |
|---|--|---|

4. MOVIMIENTOS EN EL ALMACENAMIENTO / CHANGE OF STORAGE

| | | |
|--|--|-------------------|
| Recibido por received by | Día/day Mes/ month Año/year Hora/time | Firma / signature |
| Lugar de almacenamiento storage place | | |
| | | |
| Recibido por received by | Día/day Mes/month Año/year Hora/time | Firma / signature |
| Lugar de almacenamiento storage place | | |
| | | |
| Recibido por received by | Día/day Mes/month Año/year Hora/time | Firma / signature |
| Lugar de almacenamiento storage place | | |
| | | |
| Recibido por received by | Día/day Mes/month Año/year Hora/time | Firma / signature |
| Lugar de almacenamiento storage place | | |

5. TRANSFERENCIA AL LABORATORIO / TRANSFER TO LABORATORY

| | |
|---|---|
| Nombre OCD DCO name | Fin de almacenamiento End of storage |
| Modo de envío / Way of transfer <input type="checkbox"/> Entrega por OCD / delivered by DCO <input type="checkbox"/> Entrega por otros medios / Delivered by other way Especifique / indicate it <input type="checkbox"/> Transferencia por mensajería/ transfer by courier | |
| Empresa de Mensajería/ company name | Numero de albarán / airwaybill code |
| Declaro que las muestras indicadas en el apartado 2 han sido empaquetadas con el fin de garantizar la conservación íntegra de las muestras durante el transporte / I declare that the samples with the codes indicated in section 2 of this form, were packaged by myself with the aim of preserving their integrity. Firma del ACD / signature of the DCO | |

6. RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO / RECEIPT BY LABORATORY

| | |
|---|--|
| Fecha de llegada envío/ Date of package delivery | Día/day Mes/month Año/year Hora/time |
| Persona que recibe/ Laboratory staff member | Si/Yes No Confirmo que los códigos de los kits se corresponden con los indicados / I confirm that the codes of the samples correspond to those listed in the form <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si/Yes No Confirmo que todos los kits se reciben intactos / I confirm the integrity of the kits <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cargo / position at the laboratory | Firma/ signature |

NOTA: en envíos refrigerados adjuntar siempre junto con la cadena de custodia copia del registro de temperaturas. In case of samples delivered in refrigerated conditions, please attach the temperature record to the transport and chain of custody form.

Copie azul. Laboratorio
Blue copy. Laboratory

VERSION 1:2015. AEPSAD



**FORMULARIO DE TRANSPORTE Y CADENA CUSTODIA
TRANSPORT AND CHAIN OF CUSTODY FORM**

| | | | |
|--|----------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Autoridad control Testing authority | <input type="text"/> | Autoridad gestión Management Aut. | <input type="text"/> |
| Autoridad recogida Collection Authority | <input type="text"/> | Código misión Mission code | <input type="text"/> |

1. INFORMACIÓN DE LA MISIÓN / INFORMATION ABOUT THE MISSION

| | | | |
|------------------------|----------------------|---|----------------------|
| Nombre OCD DCO name | <input type="text"/> | Nombre de la competición Name of competition | <input type="text"/> |
| Lugar Location | <input type="text"/> | Numero de muestras number of samples | <input type="text"/> |
| | | Orina /urine | <input type="text"/> |
| | | Sangre / Blood | <input type="text"/> |
| | | Fecha Date | <input type="text"/> |
| | | Día/day | <input type="text"/> |
| | | Mes/month | <input type="text"/> |
| | | Año/year | <input type="text"/> |
| | | Hora final/final time | <input type="text"/> |

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS / SAMPLES IDENTIFICATION

| | | | | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> | A/B | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

3. INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO / INFORMATION ABOUT THE DELIVERY

| | | | | |
|---|----------------------|--|--------------------------|---|
| Laboratorio de destino/ destination laboratory | <input type="text"/> | Envío refrigerado / Refrigerated delivery | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Código controlador temperatura / Temp logger code |

4. MOVIMIENTOS EN EL ALMACENAMIENTO / CHANGE OF STORAGE

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------|----------------------|------------|----------------------|----------|----------------------|-----------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/ month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| Recibido por received by | <input type="text"/> | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Firma / signature | <input type="text"/> |
| Lugar de almacenamiento storage place | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

5. TRANSFERENCIA AL LABORATORIO / TRANSFER TO LABORATORY

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|----------------------|-----------|----------------------|----------|----------------------|-----------|----------------------|---------------------------|
| Nombre OCD DCO name | <input type="text"/> | Fin de almacenamiento End of storage | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/Time | <input type="text"/> | |
| Modo de envío / Way of transfer | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Entrega por OCD / delivered by DCO | <input type="checkbox"/> | Entrega por otros medios / Delivered by other way | <input type="text"/> | | | | | | | Especifique / indicate it |
| <input type="checkbox"/> | Transferencia por mensajería/ transfer by courier | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| Empresa de Mensajería/ company name | | Número de albarán / airwaybill code | | | | | | | | | |
| Declaro que las muestras indicadas en el apartado 2 han sido empaquetadas con el fin de garantizar la conservación íntegra de las muestras durante el transporte / I declare that the samples with the codes indicated in section 2 of this form, were packaged by myself with the aim of preserving their integrity. | | | | | | | | | | | |
| Firma del ACD / signature of the DCO | | | | | | | | | | | |


6. RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO / RECEIPT BY LABORATORY

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------|----------------------|----------|----------------------|-----------|----------------------|--------|--------------------------|----|--------------------------|--|
| Fecha de llegada envío/ Date of package delivery | Día/day | <input type="text"/> | Mes/month | <input type="text"/> | Año/year | <input type="text"/> | Hora/time | <input type="text"/> | Si/Yes | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Confirmo que los códigos de los kits se corresponden con los indicados I confirm that the codes of the samples correspond to those listed in the form |
| Persona que recibe/ Laboratory staff member | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | Firma/ signature | | | | | | | | | | | | |
| Cargo / position at the laboratory | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Si/Yes | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Confirmo que todos los kits se reciben intactos I confirm the integrity of the kits |
| NOTA: en envíos refrigerados adjuntar siempre junto con la cadena de custodia copia del registro de temperaturas. In case of samples delivered in refrigerated conditions, please attach the temperature record to the transport and chain of custody form. | | | | | | | | | | | | | |

Copia rosa. Agente de control
Pink copy. DCO

VERSION 1:2015. AEPSAD

ANEXO V

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--|
|  FORMULARIO DE INTENTO FALLIDO UNSUCCESSFUL ATTEMPT FORM | Autoridad de control Testing authority | | Autoridad gestión Management Aut. | |
| | Autoridad recogida Collection authority | | Código de misión Mission code | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | |
|---------------|-------------------------|--|
| | | |
| NOMBRE / NAME | APELLIDOS / FAMILY NAME | CODIGO ADAMS DEPORTISTA / ATHLETE'S ADAMS CODE |

2. INFORMACION DE LA MISION / MISSION INFORMATION

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Última vez que se comprobó la localización Last occasion of whereabouts verification | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | |

IMPORTANTE: Adjuntar documento relativo a la localización utilizado para programar la misión. Please, attach whereabouts record used to plan the mission

3. INFORMACION DEL INTENTO / INFORMATION ABOUT THE ATTEMPT

| | | | | | |
|---|-------------|-------------------------|------------------|--------------|--------------|
| DIRECCION ADDRESS | | | | | |
| Calle, numero/street, number | Ciudad/town | Código postal/post code | Provincia/region | | |
| Vivienda <input type="checkbox"/> Lugar de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/> | | | | | |
| House Training venue working place Other (specify) | | | | | |
| Indique la fecha del intento <input type="text"/> Hora de llegada <input type="text"/> Hora de partida <input type="text"/> | | | | | |
| Indicate date of attempt | Dia / day | Mes / month | Año / year | Arrival time | Leaving time |

DESCRIPCION DEL INTENTO / DESCRIPTION OF THE TENTATIVE
Indique todo intento de localizar al deportista durante el intervalo de los 60 minutos. Ha de incluir como mínimo una descripción física de la dirección, un resumen de como intento establecer contacto (llamadas al timbre, portería, etc...). Recoger contactos con terceras personas. Describe any attempt to find the athlete during the 60 minutes slot. Include a physical description of the area, a resume of how did you try to establish contact (ringbell tries etc...). Record any testimony from a third person.

Marcar si se aportan fotografías de la localización
Tick if pictures were taken

4. CONTACTOS TELEFONICOS / TELEPHONE CONTACTS

| | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ¿Ha habido contacto telefónico? / Was there any phone contact? Si / Yes <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> | | | | |
| Se ha hablado con / I spoke with | | | | |
| | | | | |
| Nombre y apellidos / name and family name | Relación, cargo / relationship | Número de teléfono / telephone number | Hora de la llamada / calling time | |
| Información obtenida Information gathered | | | | |
| | | | | |
| Nombre y apellidos / name and family name | Relación, cargo / relationship | Número de teléfono / telephone number | Hora de llamada / calling time | |
| Información obtenida Information gathered | | | | |

5. CONFIRMACION / CONFIRMATION

SOY CONSCIENTE DE QUE AL INFORMAR DE UN CONTROL FALLIDO PUEDE SUPONER QUE EL DEPORTISTA AFECTADO PUDIERA TENER QUE SOMETERSE A UN PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO SUJETO A LAS NORMAS APLICABLES Y QUE PUDIERA SER NECESARIO QUE YO PRESTE DECLARACION PARA CONFIRMAR ESTE INFORME. DECLARO QUE LA INFORMACION APORTADA ES VERDADERA. I ACKNOWLEDGE THAT REPORTING A FAILED TEST MAY SUBSEQUENTLY CAUSE THAT THE ATHLETE AFFECTED COULD BE ACCUSED OF A VIOLATION OF THE NORMATIVE IN FORCE AND IT COULD BE NECESSARY THAT I DECLARE TO CONFIRM THE CASE AND RATIFY THAT THE INFORMATION PROVIDED IS TRUE.

| | | |
|--------------------------|--------------------|---------------|
| NOMBRE OCD DCO NAME | FIRMA SIGNATURE | FECHA DATE |
| NOMBRE ACD 2 DCO NAME | FIRMA SIGNATURE | FECHA DATE |

Original verde. Autoridad de Control
Green copy. Testing Authority

Version 1: 2015 AEPSAD

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA



FORMULARIO DE INTENTO FALLIDO UNSUCCESSFUL ATTEMPT FORM

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Autoridad control Testing Authority | | Autoridad gestión Management Aut. | |
| Autoridad recogida Collection Authority | | Código de misión Mission code | |

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA / ATHLETE INFORMATION

| | | |
|---------------|-------------------------|--|
| | | |
| NOMBRE / NAME | APELLIDOS / FAMILY NAME | CODIGO ADAMS DEPORTISTA / ATHLETE'S ADAMS CODE |

2. INFORMACION DE LA MISION / MISSION INFORMATION

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|-----------|----------|-----------|--|--|--|--|--|---|
| Ultima vez que se comprobó la localización Last occasion of whereabouts verification | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Día/day</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Mes/month</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Año/year</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Hora/time</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | | | | | | IMPORTANTE: Adjuntar documento relativo a la localización utilizado para programar la misión. Please, attach whereabouts record used to plan the mission |
| Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/time | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

3. INFORMACION DEL INTENTO / INFORMATION ABOUT THE ATTEMPT

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|-------------------------|------------------|------------|--|--|--|---------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|
| DIRECCION ADDRESS | | | | | | | | | | | | | | |
| | Calle, numero/street, number | Ciudad/town | Código postal/post code | Provincia/region | | | | | | | | | | |
| | Vivienda <input type="checkbox"/> Lugar de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | Indique la fecha del intento Indicate date of attempt | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Día / day</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Mes / month</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Año / year</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Día / day | Mes / month | Año / year | | | | Hora de llegada Arrival time | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Hora de partida Leaving time</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> | Hora de partida Leaving time | | | |
| Día / day | Mes / month | Año / year | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora de partida Leaving time | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIPCION DEL INTENTO / DESCRIPTION OF THE TENTATIVE

Indique todo intento de localizar al deportista durante el intervalo de los 60 minutos. Ha de incluir como mínimo una descripción física de la dirección, un resumen de como intento establecer contacto (llamadas al timbre, portería, etc...). Recoger contactos con terceras personas. Describe any attempt to find the athlete during the 60 minutes slot. Include a physical description of the area, a resume of how did you try to establish contact (ringbell tries etc...). Record any testimony from a third person.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Marcar si se aportan fotografías de la localización
 Tick if pictures were taken

4. CONTACTOS TELEFONICOS / TELEPHONE CONTACTS

| | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ¿Ha habido contacto telefónico? / Was there any phone contact? Si / Yes <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> | | | |
| Se ha hablado con / I spoke with | | | |
| | | | |
| Nombre y apellidos / name and family name | Relación, cargo / relationship | Numero de teléfono / telephone number | Hora de la llamada / calling time |
| Información obtenida Information gathered | | | |
| | | | |
| Nombre y apellidos / name and family name | Relación, cargo / relationship | Numero de teléfono / telephone number | Hora de la llamada / calling time |
| Información obtenida Information gathered | | | |
| | | | |

5. CONFIRMACION / CONFIRMATION

SOY CONSCIENTE DE QUE AL INFORMAR DE UN CONTROL FALLIDO PUEDE SUPONER QUE EL DEPORTISTA AFECTADO PUDIERA TENER QUE SOMETERSE A UN PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO SUJETO A LAS NORMAS APLICABLES Y QUE PUDIERA SER NECESARIO QUE YO PRESTE DECLARACION PARA CONFIRMAR ESTE INFORME. DECLARO QUE LA INFORMACION APORTADA ES VERDADERA. I ACKNOWLEDGE THAT REPORTING A FAILED TEST MAY SUBSEQUENTLY CAUSE THAT THE ATHLETE AFFECTED COULD BE ACCUSED OF A VIOLATION OF THE NORMATIVE IN FORCE AND IT COULD BE NECESSARY THAT I DECLARE TO CONFIRM THE CASE AND RATIFY THAT THE INFORMATION PROVIDED IS TRUE.

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|--|---------------|--|
| NOMBRE OCD DCO NAME | | FIRMA SIGNATURE | | FECHA DATE | |
| NOMBRE ACD 2 DCO NAME | | FIRMA SIGNATURE | | FECHA DATE | |

Copia rosa. Agente de Control
Pink copy. DCO

Version 1: 2015.AEPSAD

ANEXO VI



FORMULARIO DE INFORME DE MISION
MISSION REPORT FORM

CODIGO DE LA MISION / MISSION CODE

1. PERSONAL INVOLUCRADO EN LA MISION / PERSONNEL INVOLVED IN MISSION

| | |
|--|----------------------|
| OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER | |
| <input type="text"/> | |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. SELECCION DEL DEPORTISTA / ATHLETE SELECTION

¿Se efectuaron todos los controles indicados para la misión?
Where all test on the mission order completed? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los deportistas seleccionados fueron los indicados en la misión?
Were athletes selected in accordance with the mission order? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Detalle los cambios y el motivo / Write any changes and motives

.....

.....

3. ÁREA DE CONTROL / DOPING CONTROL STATION

¿El área cumplía con las necesidades mínimas para efectuar el control?
Did the doping control station meet the appropriate conditions? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Condiciones de limpieza adecuadas?
Was the station clean? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿La colaboración de la organización fue correcta?
Was the cooperation of organization staff members adequate? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Comentarios / comments

.....

.....

Marque si aporta fotografías / Tick if pictures were provided

4. DESARROLLO DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS / SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

¿Tiene la percepción de que los deportistas sabían que había controles en la prueba?
Do you have the feeling that the athletes knew in advance that tests were programmed at the event? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los controles fueron efectuados sin previo aviso?
Were all tests conducted with no previous notice? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los deportistas fueron escoltados en todo momento desde su notificación?
Were all athletes chaperoned at all times from notification until sample provision? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Algún deportista solicitó demora en su asistencia al área de control?
Did any athlete require a delay in reporting to the control station? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Algún deportista se mostró nervioso o con un comportamiento extraño?
Did any athlete show nervous when required for testing? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Tuvo conocimiento de que algún deportista decidiera no participar cuando se supo que habría controles?
Do you have knowledge that any athlete decided not to compete when being aware that doping controls were to be carried out? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Se comentó con los escoltas si ellos observaron algún comportamiento extraño?
Was it discussed with the chaperones whether any strange actions among the athletes were noticed? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Hubo algún problema con el equipo de toma de muestra?
Was there any problem with the sample collection equipment? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Todas las muestras, incluyendo las parciales fueron almacenadas y vigiladas en todo momento adecuadamente?
Were all the samples, including partials, stored and custodied properly at all times? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Comentarios / comments

.....

.....

5. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR TESTING

El firmante declara que toda la información suministrada es cierta. The undersigned declares that the information provided is totally true

Nombre del OCD / name of the DCO Firma / signature

Fecha/hora
Date, time

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Día/day | Mes/month | Año/year | Hora/Time |

Original, verde, Autoridad de control
Green, original Testing Authority

VERSION 1/AEPSAD 2015



**FORMULARIO DE INFORME DE MISION
MISSION REPORT FORM**

CODIGO DE LA MISION / MISSION CODE

1. PERSONAL INVOLUCRADO EN LA MISION / PERSONNEL INVOLVED IN MISSION

| | |
|--|----------------------|
| OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER | <input type="text"/> |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE / NAME | CARGO / POSITION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. SELECCION DEL DEPORTISTA / ATHLETE SELECTION

¿Se efectuaron todos los controles indicados para la misión?
Where all test on the mission order completed? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los deportistas seleccionados fueron los indicados en la misión?
Were athletes selected in accordance with the mission order? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Detalle los cambios y el motivo / Write any changes and motives

3. AREA DE CONTROL / DOPING CONTROL STATION

¿El área cumplía con las necesidades mínimas para efectuar el control?
Did the doping control station meet the appropriate conditions? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Condiciones de limpieza adecuadas?
Was the station clean? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿La colaboración de la organización fue correcta?
Was the cooperation of organization staff members adequate? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Comentarios / comments

Marque si aporta fotografías / Tick if pictures were provided

4. DESARROLLO DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS / SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

¿Tiene la percepción de que los deportistas sabían que había controles en la prueba?
Do you have the feeling that the athletes knew in advance that tests were programmed at the event? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los controles fueron efectuados sin previo aviso?
Were all tests conducted with no previous notice? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Los deportistas fueron escoltados en todo momento desde su notificación?
Were all athletes chaperoned at all times from notification until sample provision? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Algún deportista solicitó demora en su asistencia al área de control?
Did any athlete require a delay in reporting to the control station? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Algún deportista se mostró nervioso o con un comportamiento extraño?
Did any athlete show nervous when required for testing? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Tuvo conocimiento de que algún deportista decidiera no participar cuando se supo que habría controles?
Do you have knowledge that any athlete decided no to compete when being aware that doping controls were to be carried out? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Se comentó con los escoltas si ellos observaron algún comportamiento extraño?
Was it discussed with the chaperones whether any strange actions among the athletes were noticed? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Hubo algún problema con el equipo de toma de muestra?
Was there any problem with the sample collection equipment? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

¿Todas las muestras, incluyendo las parciales fueron almacenadas y vigiladas en todo momento adecuadamente?
Were all the samples, including partials, stored and custodied properly at all times? SI/YES NO/NO (especifique, specify)

Comentarios / comments

5. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR TESTING

El firmante declara que toda la información suministrada es cierta. The undersigned declares that the information provided is totally true

Nombre del OCD / name of the DCO Firma / signature Fecha/hora Date, time

Día/day Mes/month Año/year Hora/Time

Copia rosa. Agente de control
Pink copy. DCO

VERSION 1:AEPSAD 2015

ANEXO VII

Instrucciones para cumplimentar los formularios

Formularios de control del dopaje (orina)

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo I de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Este formulario

consta de cinco hojas autocopiativas, diferenciadas por colores, según el destinatario final, que serán las siguientes:

a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

b) Primera copia, en color amarillo, dirigida al deportista. En el reverso de la misma, se recogerán las cláusulas relativas a la protección de datos de carácter personal del deportista.

c) Segunda copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.

d) Tercera copia, en color azul, dirigida al laboratorio de control del dopaje.

e) Cuarta copia: Notificación, en color amarillo, dirigida al deportista. En el reverso de la misma, se recogerá la información relativa a los derechos y obligaciones del deportista.

2. Si al Agente de Control de Dopaje le falta espacio para rellenar cualquier parte del formulario, deberá utilizar el Formulario de Información Complementaria.

3. El Agente de Control de Dopaje trazará una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable, incluidas las casillas sin utilizar para la identificación de las muestras.

4. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

a) Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

b) Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u Organismo encargado de la toma de muestras.

c) Autoridad de Gestión de Resultado: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

d) Código misión.

e) Deporte.

f) Disciplina.

Sección 1: Información del deportista:

a) Es obligatorio cumplimentar todos los campos.

b) La dirección del deportista es la de su domicilio habitual.

c) La identificación del deportista se realizará mediante documento oficial que incluya nombre y fotografía.

Sección 2: Notificación:

La notificación al deportista de que ha sido seleccionado para someterse a control de dopaje deberá entregarse por el Oficial de control de dopaje o el miembro del equipo de recogida de muestras que éste designe.

El Agente indicará la fecha, lugar y hora de la práctica de la notificación.

El deportista será informado por el Agente o Escolta de que en el reverso de la notificación se hallan descritos sus derechos y obligaciones en el procedimiento.

En caso de que el deportista solicite una demora para presentarse en el área de control del dopaje ésta debe ser concedida o denegada por el Oficial de Control del Dopaje. Si así se concede, el Oficial además de hacer constar la hora máxima a la que se puede presentar en la casilla correspondiente, deberá justificar las razones de la demora en el Formulario de Información Complementaria.

El Agente o Escolta cumplimentará su nombre y firmará la notificación.

Si expresamente el deportista se niega a recibir la notificación, se hará constar tal circunstancia y requiriendo a un testigo presencial para que se acredite este hecho.

Finalmente, el Agente o Escolta entregará al deportista la parte superior de la copia de la notificación (en color amarillo), rasgando el formulario y desechando el resto.

En los casos en los que el deportista consienta expresamente la utilización de medios electrónicos, la notificación también se producirá por estos medios, dejando constancia de la recepción de la misma por parte del deportista.

En caso de no localización del deportista, las cinco hojas del formulario, cumplimentadas en los apartados que sea posible, deberán ser remitidas por el Oficial del control del dopaje al organismo responsable del control, siendo necesario, en este caso, cumplimentar el formulario de control fallido.

Sección 3: Información para el análisis:

El Agente de Control de Dopaje deberá indicar, si el control se realiza en competición, el nombre de la misma. Deberá asimismo marcar el sexo del deportista e indicar la fecha, hora de llegada al área de control, el código de la muestra y hora de cerrado de la misma. Finalmente, consignará el tipo de análisis solicitado por la Autoridad de Control.

Si no se precisan muestras parciales, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

Si no se han recogido muestras adicionales, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección. En caso de recogerse más de dos muestras adicionales, el Agente de Control de Dopaje debe cumplimentar los Formularios de control adicionales necesarios. El Agente de Control de Dopaje, en este caso, cumplimentará en el Formulario de Información Complementaria todos los códigos de muestras recogidos, consignando el hecho de que son muestras adicionales, y lo enviará al laboratorio asegurándose de que no se contiene información sobre el deportista.

Cada uno de los testigos deberá poner las iniciales de su nombre y dos apellidos, con el fin de determinar, posteriormente, la fase del proceso en el que ha sido testigo, mediante la inclusión de su nombre y firma en la sección 4.^a del formulario.

El deportista, bajo la observación directa del Agente de control del dopaje, verterá el correspondiente volumen de orina en los frascos A y B. Si el deportista delega en el Agente de control del dopaje para realizar dichas funciones, debe reseñarlo así en el formulario. Si el deportista es discapacitado, podrá delegar estas operaciones en su acompañante o en el Agente de control del dopaje siempre que formalice la correspondiente autorización en el formulario.

La hora final de recogida hace referencia al momento en que se han cerrado ambos frascos y se han comprobado sus códigos y su estanqueidad.

El deportista completará la casilla Declaración de Uso de Medicamentos y /o Suplementos. En caso de que el espacio sea insuficiente deberá hacerse uso del Formulario de Información complementaria. Deberá indicar asimismo, en su caso, el código de AUT.

Sección 4: Aceptación del procedimiento de toma de muestra:

En caso de que alguno de los presentes en el proceso tenga que realizar alguna observación, reflejará la misma en el apartado habilitado para ello, firmándola. Si resultara necesario deberá redactar una declaración en el Formulario de Información Complementaria, dando a conocer esta actuación marcándola en el correspondiente espacio. Si no se realiza ninguna observación, el Agente transcribirá «Sin Observaciones» en dicho apartado.

Si es necesario un Formulario de Información Complementaria en el recuadro correspondiente se marcará «SÍ», quedando vinculado al mismo mediante el código de muestra.

Asimismo, en relación con la elección del material para la toma de muestras, si el deportista considera que el recipiente desechable no reúne las condiciones de integridad necesarias y no le satisface, y el Oficial de control del dopaje no está de acuerdo, se deberá seguir con el proceso de recogida de muestras, indicando el Oficial de control del dopaje dichos motivos en el Formulario en el apartado de Observaciones y si no hubiera espacio suficiente en el Formulario de Información Complementaria.

Como declaración de conformidad con los datos que se hayan incluido en el formulario y con los procesos de recogida de muestras desarrollados, deberá firmar el testigo o testigos si ha habido más de uno, de la recogida directa de la orina. Si no ha participado ningún testigo, deberá trazarse una línea a lo largo de toda esa sección.

También, y en el caso de que haya asistido un acompañante del deportista, deberá consignarse su nombre y deberá firmar el formulario. En caso contrario, deberá trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

En caso de que otras personas autorizadas asistan al procedimiento de control del dopaje, se hará constar esta circunstancia junto con su identificación en el Formulario de Información Complementaria.

El Agente que haya actuado como Oficial de control de dopaje en el proceso deberá incluir su nombre, rellenar la fecha y hora de finalización y una vez comprobada la idoneidad del formulario, firmar en el espacio habilitado para ello.

Finalmente, el deportista declarará que la información facilitada es correcta y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente.

En caso de que el deportista no aceptara firmar esta declaración, el Oficial de control del dopaje reseñará esta circunstancia en el Formulario de Información Complementaria, solicitando al deportista que justifique su negativa.

Una vez cumplimentado el formulario en su totalidad, el Oficial de control del dopaje entregará la copia de color amarillo al deportista, colocará la copia en color azul con las muestras para su envío al Laboratorio, enviará la copia en color rosa al organismo que realiza el control y remitirá el original en color verde al organismo responsable del control.

En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación del formulario, la copia dirigida al deportista se notificará en la dirección de correo electrónico facilitado por el mismo en el propio formulario, siempre que haya consentido expresamente.

Formularios de control del dopaje (sangre)

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo II de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Este formulario consta de cinco hojas autocopiativas, diferenciadas por colores, según el destinatario final, que serán las siguientes:

a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

b) Primera copia, en color amarillo, dirigida al deportista. En el reverso de la misma, se recogerán las cláusulas relativas a la protección de datos de carácter personal del deportista.

c) Segunda copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.

d) Tercera copia, en color azul, dirigida al laboratorio de control del dopaje.

e) Cuarta copia: Notificación, en color amarillo, dirigida al deportista. En el reverso de la misma, se recogerá la información relativa a los derechos y obligaciones del deportista.

2. Si al Agente de Control de Dopaje le falta espacio para rellenar cualquier parte del formulario, deberá utilizar el Formulario de Información Complementaria.

3. El Agente de Control de Dopaje trazará una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable, incluidas las casillas sin utilizar para la identificación de las muestras.

4. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

a) Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

b) Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.

c) Autoridad de Gestión de Resultado: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

d) Código misión.

e) Deporte.

f) Disciplina.

Sección 1: Información del deportista:

a) Es obligatorio cumplimentar todos los campos.

b) La dirección del deportista es la de su domicilio habitual.

c) La identificación del deportista se realizará mediante documento oficial que incluya nombre y fotografía.

Sección 2: Notificación:

La notificación al deportista de que ha sido seleccionado para someterse a control de dopaje deberá entregarse por el Oficial de control de dopaje o el miembro del equipo de recogida de muestras que éste designe.

El Agente indicará la fecha, lugar y hora de la práctica de la notificación.

El deportista será informado por el Agente o Escolta de que en el reverso de la notificación se hallan descritos sus derechos y obligaciones en el procedimiento.

En caso de que el deportista solicite una demora para presentarse en el área de control del dopaje ésta debe ser concedida o denegada por el Oficial de Control del Dopaje. Si así se concede, el Oficial además de hacer constar la hora máxima a la que se puede presentar en la casilla correspondiente, deberá justificar las razones de la demora en el Formulario de Información Complementaria.

El Agente o Escolta cumplimentará su nombre y firmará la notificación.

Si expresamente el deportista se niega a recibir la notificación, se hará constar tal circunstancia y requiriendo a un testigo presencial para que se acredite este hecho.

Finalmente, el Agente o Escolta entregará al deportista la parte superior de la copia de la notificación (en color amarillo), rasgando el formulario y desechando el resto.

En los casos en los que el deportista consienta expresamente la utilización de medios electrónicos, la notificación también se producirá por estos medios, dejando constancia de la recepción de la misma por parte del deportista.

En caso de no localización del deportista, las cinco hojas del formulario, cumplimentadas en los apartados que sea posible, deberán ser remitidas por el Oficial del control del dopaje al organismo responsable del control, siendo necesario, en este caso, cumplimentar el formulario de control fallido.

Sección 3: Información para el análisis:

El Agente de Control de Dopaje deberá indicar, si el control se realiza en competición, el nombre de la misma. Deberá asimismo marcar el sexo del deportista e indicar la fecha, hora de llegada al área de control, el código de la muestra y hora de cerrado de la misma. Finalmente, consignará el tipo de análisis solicitado por la Autoridad de Control.

Cuando el análisis solicitado sea del tipo ABP, el deportista deberá ser informado de las particularidades de este tipo de análisis. Además, en este tipo de análisis el agente de control que extraiga la muestra deberá preguntar al deportista las cuestiones recogidas en el formulario, necesarias para una interpretación correcta de los resultados derivados del análisis.

El deportista completará la casilla Declaración de Uso de Medicamentos y/o Suplementos. En caso de que el espacio sea insuficiente deberá hacerse uso del Formulario de Información complementaria. Deberá indicar asimismo, en su caso, el código de AUT.

Sección 4: Aceptación del procedimiento de toma de muestra:

En caso de que alguno de los presentes en el proceso tenga que realizar alguna observación, reflejará la misma en el apartado habilitado para ello, firmándola. Si resultara necesario deberá redactar una declaración en el Formulario de Información Complementaria, dando a conocer esta actuación marcándola en el correspondiente espacio. Si no se realiza ninguna observación, el Agente transcribirá «Sin Observaciones» en dicho apartado.

Si es necesario un Formulario de Información Complementaria en el recuadro correspondiente se marcará «SÍ», quedando vinculado al mismo mediante el código de muestra.

Asimismo, en relación con la elección del material para la toma de muestras, si el deportista considera que el material de extracción no reúne las condiciones de integridad necesarias y no le satisface, y el Oficial de control del dopaje no está de acuerdo, se deberá seguir con el proceso de recogida de muestras, indicando el Oficial de control del dopaje dichos motivos en el Formulario en el apartado de Observaciones y si no hubiera espacio suficiente en el Formulario de Información Complementaria.

En relación con el material de transporte para las muestras de sangre, si dicho material elegido por el deportista incluye etiquetas adhesivas codificadas, el deportista deberá verificar con el Oficial de control de dopaje que los códigos de estas etiquetas coinciden con los del contenedor de transporte. Caso de no coincidir, elegirá otro juego de transporte, consignándose esta circunstancia en el correspondiente formulario en el apartado de Observaciones.

Deberá identificarse y firmar el Agente de control del dopaje que haya extraído la muestra de sangre, el oficial y, en el caso de que haya asistido un acompañante del deportista, deberá consignarse su nombre y deberá firmar el formulario. En caso contrario, deberá trazarse una línea a lo largo de toda esa sección.

Finalmente, el deportista declarará que la información facilitada es correcta y que la toma de muestra ha sido efectuada de acuerdo con el procedimiento vigente.

En caso de que el deportista no aceptara firmar esta declaración, el Oficial de control del dopaje reseñará esta circunstancia en el Formulario de Información Complementaria, solicitando al deportista que justifique su negativa.

Una vez cumplimentado el formulario en su totalidad, el Oficial de control del dopaje entregará la copia de color amarillo al deportista, colocará la copia en color azul con las muestras para su envío al laboratorio, enviará la copia en color rosa al organismo que realiza el control y remitirá el original en color verde al organismo responsable del control.

En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación del formulario, la copia dirigida al deportista se notificará en la dirección de correo electrónico facilitado por el mismo en el propio formulario, siempre que haya consentido expresamente.

Formulario de información complementaria

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo III de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. El formulario constará de 3 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color y dirigidas a:

a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

b) Primera copia, en color rosa, dirigida al Oficial de control de dopaje.

c) Segunda copia, en color amarillo, para el declarante.

2. En la parte superior derecha del Formulario se encuentra especificado el código de la muestra, que será el que se haya consignado en el Formulario de Control, en caso de haberse hecho uso del mismo.

3. El declarante comunicará al Agente de control de dopaje lo que desee reseñar, firmando en el formulario, en los espacios establecidos para ello.

4. El Agente de control del dopaje que cumplimente el formulario deberá cerciorarse de que los datos inscritos sean legibles en todas las hojas.

En la Sección 1, deberá marcarse la casilla correspondiente a la persona que hace la declaración, que podrá ser bien cualquier Agente de Control del equipo de muestras, bien el propio deportista, su acompañante u otra persona que haya sido autorizada a estar presente en el control.

En la Sección 2, deberá marcarse la casilla correspondiente al objeto del formulario, entre las especificadas o consignarse otra diferente en el apartado Otros.

En la sección 3, deberá especificarse claramente y de manera legible, la información complementaria objeto del formulario.

Finalmente, en la sección 4, se consignará la fecha y hora, la identificación del declarante y su firma, así como la del Oficial de Control y su firma.

5. El Oficial de Control remitirá el formulario a la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente junto al formulario de control y facilitará la copia correspondiente al declarante.

Formulario de transporte y cadena de custodia

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo IV de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. El formulario constará de 3 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color y dirigidas a:

- a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.
- b) Primera copia, en color azul, dirigida al laboratorio.
- c) Segunda copia, en color rosa, dirigida al Oficial de Control de Dopaje.

2. El transporte y custodia de las muestras se deberá realizar de acuerdo con lo establecido en las secciones 10.^a y 11.^a del Capítulo IV del Título IV del Real Decreto 641/2009.

3. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

- a) Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.
- b) Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.
- c) Deporte.
- d) Código misión.

Sección 1: Información de la misión:

- a) Es obligatorio cumplimentar todos los campos.
- b) El Agente de Control de Dopaje deberá indicar, si el control se realiza en competición, el nombre de la misma.

Sección 2: Identificación de las muestras:

Se especificarán los códigos de todas las muestras que se envíen conjuntamente dentro de una misma misión. Si en una misión unas muestras, orina, se envían sin refrigeración y otras, sangre, se envían refrigeradas, deberán cumplimentarse dos formularios de transporte y cadena de custodia.

Sección 3: Información sobre el envío:

Deberá indicarse el nombre del laboratorio donde se enviarán las muestras. Asimismo, si el envío es refrigerado deberá marcarse la casilla correspondiente. En caso de existir código del dispositivo de control de temperatura, se hará constar. Este código es único y aparece en el reverso del dispositivo.

Sección 4: Movimientos en el almacenamiento:

Deberá cumplimentarse el nombre de la persona que recibe las muestras, la fecha y hora de la recepción, así como el lugar de almacenamiento. La persona que recepciona las muestras deberá firmar en el momento de hacerlo. En caso de ser un envío refrigerado, el dispositivo de control de temperatura deberá acompañar siempre a las muestras.

Sección 5: Transferencia al laboratorio:

El Agente de Control hará constar su nombre, la fecha y hora del fin del almacenamiento, y el modo de envío. Si la transferencia se realizase por mensajería, deberá indicarse el nombre de la empresa y el número de albarán. El Agente de Control firmará la declaración en la que se hace constar que las muestras han sido empaquetadas con el fin de garantizar la conservación íntegra de las mismas durante el transporte.

Sección 6: Recepción en el laboratorio:

Entregadas las muestras en el laboratorio, la persona que recepciona las mismas indicará su nombre, cargo, la fecha y hora de llegada de dichas muestras. Deberá comprobar que los códigos de kits se corresponden con la codificación de muestras y

formularios, y que los kits no presentan signos de degradación y/o manipulación. Finalmente, se consignará su firma.

Formulario de intento fallido

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo V de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Este formulario consta de dos hojas autocopiativas, diferenciadas por colores, según el destinatario final, que serán las siguientes:

a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

b) Primera copia, en color rosa, dirigida al Oficial de Control del Dopaje.

2. El Agente de Control de Dopaje trazará una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable.

3. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

a) Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

b) Autoridad de Recogida: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.

c) Deporte.

d) Código misión.

Sección 1: Información del deportista:

Contendrá su nombre y apellidos y código en ADAMS.

Sección 2: Información de la misión:

Se indicará la última fecha en la que se comprobó la localización, adjuntando el documento utilizado para la localización del deportista.

Sección 3: Información del intento:

a) Dirección, indicando si se trata de la vivienda, lugar de entrenamiento, lugar de trabajo u otro.

b) Fecha del intento.

c) Hora de llegada y hora de partida.

d) Descripción, lo más detallada posible, del intento fallido.

e) Efectuar, si es posible, fotografías que permitan acreditar la presencia del Agente en el lugar de la localización, por ejemplo placa de la calle, buzón, portal, etc. En este caso, deberá marcarse la casilla correspondiente.

Sección 4: Contactos telefónicos:

a) Si ha habido o no contacto telefónico con el deportista.

b) Si se ha hablado con otras personas deberá indicarse su nombre, relación, número de teléfono y hora de la llamada.

Sección 5: Confirmación:

El Agente de control consignará su nombre, fecha y firma. Si fueran dos los Agentes, firmarán ambos.

Formulario informe de misión

1. El formulario a utilizar es el incluido en el anexo VI de esta Resolución, con el Logotipo oficial de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. El formulario constará de dos hojas autocopiativas, diferenciadas por el color y dirigidas a:

a) Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

b) Primera copia, en color rosa, dirigida al Oficial de Control del Dopaje.

2. En la parte superior derecha del Formulario se encuentra especificado el código de la muestra, que será el que se haya consignado en el Formulario de Control, en caso de haberse hecho uso del mismo.

3. El Agente de Control de Dopaje trazará una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable, incluidas las casillas sin utilizar para la identificación de las muestras.

4. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

Sección 1: Personal involucrado en la misión:

Se consignará los nombres de los miembros del equipo de recogida de muestras.

Sección 2: Selección del deportista:

a) Deberá indicar si se han efectuado todos los controles indicados para la misión y si los deportistas seleccionados fueron los indicados en la misión.

b) En caso de producirse algún cambio, detallar, en el espacio en blanco, estos cambios y los motivos.

Sección 3: Área de control:

a) Deberá señalar si el área de control cumplía con las necesidades mínimas para efectuar el control, si las condiciones de limpieza eran las adecuadas y si la organización de la competición ha colaborado en la realización del control.

b) En caso de producirse algún cambio, detallar, en el espacio en blanco, estos cambios y los motivos.

Sección 4: Desarrollo de la recogida de muestras:

a) Deberá informar sobre diferentes aspectos del proceso de control relacionados.

b) En caso de producirse algún cambio, detallar, en el espacio en blanco, estos cambios y los motivos.

Sección 5: Aceptación del procedimiento de toma de muestra:

El Oficial de control consignará su nombre, fecha y firma.

ANEXO VIII

Definiciones

ADAMS (Anti-Doping Administration and Management System): Sistema de información establecido por la Agencia Mundial Antidopaje (AMA). Se trata de una herramienta para la gestión de bases de datos situada en un sitio web, para introducir información, almacenarla, compartirla y elaborar informes, con el fin de ayudar a las partes interesadas y a la AMA en sus actividades contra el dopaje, junto con la legislación relativa a la protección de datos.

Autoridad de Control: Organización que autoriza la realización de controles.

Autoridad de Gestión de Resultado: Organización responsable de la gestión de los resultados de los controles.

Autoridad de Recogida de Muestras: Organización responsable de la toma de muestras.

Grupo de Seguimiento Individual: Grupo de Deportistas de alto nivel identificados por cada Federación Internacional u organización antidopaje, y que están sujetos a la vez a controles en competición y fuera de competición en el marco de la planificación de controles de la Federación internacional o de la organización nacional antidopaje en cuestión.

Intento fallido: Control de dopaje que no ha podido ser efectuado al no poder localizar al deportista que iba a ser sometido al mismo.

Pasaporte Biológico: El programa y métodos de recogida y cotejo de datos descrito en el Estándar Internacional para Controles e Investigaciones 2015 y en el Estándar Internacional para Laboratorios.

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.
Más información en info@boe.es