



## NOTIFICA DI INTERVENTO TERAPEUTICO (NIT)

*(In relazione alle vigenti Norme Sportive Antidoping, il presente modulo deve essere utilizzato solo da atleti di livello nazionale non professionisti ai sensi della Legge 91/81 ovvero non inseriti nell'elenco RTP)*

### 1. ATLETA

Il sottoscritto .....  
(Nome / Cognome )

Nazionalità ..... Data di nascita ..... Sesso  Maschio  Femmina

Indirizzo .....  
(Via/Piazza) (Cap) (Città)

Telefono ..... e-mail .....

tesserato per la FSN/DSA/EPS ..... disciplina sportiva.....

### 2. CONTROLLO ANTIDOPING

Disposto da:  Comm. Ministeriale ex lege 376/2000  CONI NADO  Altro .....

in data ..... a .....

in occasione di .....

### 3. DIAGNOSI

*Accertamenti di laboratorio e/o strumentali attestanti la diagnosi (da allegare al presente modulo):*



#### 4. TERAPIA

Sostanza .....	dose .....
Via di somministrazione .....	<input type="checkbox"/> unica somministrazione
Data inizio terapia .....	Data termine terapia .....
Sostanza .....	dose .....
Via di somministrazione .....	<input type="checkbox"/> unica somministrazione
Data inizio terapia .....	Data termine terapia .....
Sostanza .....	dose .....
Via di somministrazione .....	<input type="checkbox"/> unica somministrazione
Data inizio terapia .....	Data termine terapia .....

#### 5. DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il sottoscritto, dott. ....

Specialista in .....

Indirizzo .....

Telefono ..... e-mail .....

*consapevole delle responsabilità correlate, dichiara:*

*che, per la patologia in oggetto o per la gravità/presentazione del quadro clinico, i principi attivi prescritti non sono sostituibili con altri principi non proibiti dalla normativa antidoping;*

*che pregressi interventi terapeutici effettuati con specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti sono risultati inefficaci;*

*che non sono disponibili specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti indicati nel trattamento della patologia sopra riportata.*

\_\_\_\_\_

*Luogo e data*

\_\_\_\_\_

*Timbro e Firma del Medico*

#### 6. DICHIARAZIONE DELL'ATLETA

*Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati riportati sono corretti e sono resi al fine della presentazione del modulo NIT. Dichiaro altresì di rilasciare, preso atto dell'informativa resa dal CONI ex art. 13 D.lgs 196/2003, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo e nell'allegata documentazione medica.*

Firma Atleta ..... Data .....

Firma del Genitore..... Data .....

*(Esercente potestà genitoriale in caso di minore)*