

Solicitud del Atleta para la Ingresar al Programa

SELECCIONE UNA OPCIÓN: BOXEO AMM OTRA: _____

FECHA: _____ (USE LETRA IMPRENTA)

Información del atleta

NOMBRE COMPLETO: _____
apellidos primer nombre segundo nombre

ALIAS: _____

CORREO PROFESIONAL:

Calle _____
Ciudad Estado Código del Área
() ()
teléfono de casa teléfono celular

DOMICILIO PERSONAL: (solo si es diferente del correo profesional)

Calle _____
Ciudad Estado Código del Área
correo electrónico

EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

CIUDADANÍA: _____

PESO ACTUAL: _____ ESTATURA (PIES/PULGADAS): _____ CABELLO: _____ OJOS: _____

** Adjuntar a esta solicitud una foto reciente y "clara" del atleta tomada dentro de los últimos seis meses.

ENTRENAMIENTO/DIRECCIÓN DEL GIMNASIO:

Calle _____
Ciudad Estado Código del Área

Entrenador _____
Celular del Entrenador _____

MANAGER: _____

PATROCINADOR: _____

MEDICO PERSONAL:

Nombre _____
Calle _____
Ciudad Estado Código del Área

FECHA DEL PRÓXIMO COMBATE: ____ / ____ / ____

LUGAR: _____

NOMBRE DEL Oponente: _____

NUMERO DE ROUNDS: _____ LA CATEGORÍA ESTE PESO TENDRÁ LUGAR: _____

SI ES POR UN TITULO, NOMBRE LA ORGANIZACIÓN QUE PENALIZA: _____

EXPEDIENTE PROFESIONAL COMPLETO: triunfos _____
derrotas _____
empates _____
descalificaciones _____
knockouts _____

Solicitud del Atleta para la Ingresar al Programa

ENUMERE TODAS LA ORGANIZACIONES EN CUALES TIENE LICENCIA VIGENTE PARA COMPETIR:

ENUMERE TODAS LAS ORGANIZACIONES, NO MENCIONADAS PREVIAMENTE, EN LAS CUALES SE ENCUENTRA ESPERANDO UNA LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA COMPETIR:

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS NUTRITIVOS, MEDICAMENTOS EN “VENTA LIBRES O SIN RECETAS”, VITAMINAS, O/Y SUBSTANCIAS SIMILARES QUE COTIDIANAMENTE USA O QUE HA UTILIZADO DURANTE EN LOS ÚLTIMOS 14 MESES:

DECLARO POR ESTE MEDIO, Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE HE LEÍDO EL FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE VADA, Y QUE TODAS MIS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS QUE HAN SIDO FORMULADAS POR VADA, SON DE MI ENTERO CONOCIMIENTO, QUE HAN SIDO CONTESTADAS Y COMPLETADAS POR MI MISMO Y DEFINEN UNA VERDADERA DECLARACIÓN.- ESTOY CONSCIENTE QUE LA PETICIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE VADA TIENE UNA DURACIÓN DE DOS (2) SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA PETICIÓN, A MENOS QUE UNA EXTENSIÓN SEA OTORGADA POR VADA DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE VADA.- ESTOY DE ACUERDO Y DOY CONSENTIMIENTO QUE UNA VEZ SOMETIDA DICHA PETICIÓN Y QUE BAJO LOS TÉRMINOS ESPECIFICADOS POR VADA, QUE DICHA ASOCIACIÓN PUEDA DIVULGAR TODA INFORMACIÓN DE CARÁCTER MEDICO ESTABLECIDAS, EN LAS PRORROGAS SIGUIENTES.- ME COMPROMETO A INFORMAR VADA DE MANERA INMEDIATA DE TODA TOMA DE MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS DIETÉTICOS DURANTE MI PERMANENCIA EN EL PROGRAMA DE VADA. -ME COMPROMETO IGUALMENTE A COMUNICAR A VADA LO ANTES POSIBLE, DE TODO CAMBIO RELATIVO A FECHAS, LUGARES, O CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI(S) PRÓXIMA(S) COMPETENCIA(S). -ADEMÁS, ACEPTO Y COMPRENDO QUE TODA INFORMACIÓN FALSA EN ESTA SOLICITUD PUEDE ACARREAR MI ELIMINACIÓN Y MI RETIRO EN LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA VADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE (NOMBRE PROPIO)

FECHA

Términos y consentimiento de las condiciones de VADA a la divulgación de la información medical

Las siguientes “Condiciones” descritas aquí y utilizadas para ingresar al programa de VADA son importantes y pueden afectar sus derechos. Lea esto cuidadosamente.

Permito y doy entero consentimiento para que VADA y/o sus agentes me tomen muestras biológicas (muestras de orinas y/o de sangre) en cualquier momento durante mi participación en el programa de VADA. Permito que tales muestras sean sometidas al análisis para detectar la presencia de sustancias prohibidas o/y sus metabolitos o/y marcadores por un laboratorio calificado que será elegido por VADA.

Doy mi consentimiento a VADA y/o sus agentes para divulgar los resultados de los análisis realizados en mis muestras biológicas y toda aquella información médica relacionada. Esta información puede ser incluso divulgada a las comisiones apropiadas, a las asociaciones, a las organizaciones, a los promotores, y/o cuerpos penalizadores, si VADA así lo juzga necesario dentro de su programa antidopaje. También autorizo la divulgación de esta información a las entidades tales como Fightfax, Inc. y la asociación de las Comisiones de boxeo, y para una posible inclusión en la lista federal de suspensiones. Entiendo que tal información puede ser protegida por la ley en ciertas circunstancias, pero estoy de acuerdo a que dicha información sea divulgada como condición para pertenecer al programa de VADA con el entendimiento que la divulgación, de tal información puede ser importante para cumplir los propósitos del programa antidopaje de VADA.

He leído y me comprometo a obedecer las condiciones de VADA con respecto toda política establecida de en lo referente a la ubicación del atleta.

Doy mi consentimiento de divulgar públicamente mi nombre y mi participación en el programa de VADA, a menos que yo especifique por escrito a VADA que mi participación en dicho programa se mantenga de carácter privado. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a VADA y sus agentes que por alguna causa inadvertida o accidental puedan divulgar de tal información. Estoy de acuerdo en informar de mi participación en el programa de VADA, a la comisión que ha confirmado o ha concedido mi licencia para cualquier combate o competencia próximamente programada, dentro de los siete (7) días siguientes a mi admisión en el programa. También estoy de acuerdo en informar al promotor de cualquier combate o competencia próximamente programada y a cualquier cuerpo de confirmación relevante (si fuera aplicable) de mi participación en el programa de VADA, dentro de los siete (7) días siguientes a la admisión en el programa. Autorizo a VADA, para informar a las comisiones apropiadas, asociaciones, organizaciones, promotores, y/o cuerpos penalizadores de mi participación en el programa de VADA, sin embargo, entiendo que esta autorización no me libera de mi deber bajo este párrafo para informar a las comisiones, a los promotores, y/o a cuerpos penalizadores de mi participación en programa de VADA.

Entiendo que VADA tiene el derecho de negarme la admisión al programa de VADA si VADA juzga y decide por si misma que mi admisión en el programa es incompatible con los principios del antidopaje, o la misión o las políticas de VADA. Entiendo además que VADA puede negarme la admisión en el programa de VADA, o retirarme del programa de VADA, si VADA determina y decide por si misma que los asuntos médicos o relativos a mi salud no autorizan dicha admisión. Aunque puedo solicitar por teléfono una revisión referente a la decisión de VADA de negarme la admisión en el programa de VADA, entiendo que la decisión de VADA es definitiva.

He leído, y he entendido, y estoy de acuerdo en los términos aquí mencionados, y así como también a la divulgación de mi información médica.

FIRMA DEL ATLETA

NOMBRE (EN LETRA IMPRENTA)

FECHA