

# FORMULARIO DE UBICACIÓN DEL ATLETA

Este formulario puede ser enviado a VADA, por correo electrónico a la dirección [whereabouts@VADA-testing.org](mailto:whereabouts@VADA-testing.org) o por Fax al ( 702) 255 8420.  
Escriba a maquina o use letra imprenta legible, empleando tinta azul o negra.

## Información del Atleta

Toda información proporcionada con respecto a la ubicación del atleta es por su propio beneficio y puede ayudar a evitar una violación sobre la política de ubicación.

### Residencia

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
apellido primer nombre segundo nombre

GENERO:  HOMBRE  MUJER      FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes día año

DOMICILIO: (Residencia Actual. No Apartados Aéreos)      DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: (En Caso de ser diferente a su domicilio)

\_\_\_\_\_  
calle apartamento

\_\_\_\_\_  
calle apartamento

\_\_\_\_\_  
ciudad estado código postal país

\_\_\_\_\_  
ciudad estado código postal país

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
teléfono de casa teléfono celular

CONTACTO PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
nombre numero teléfono

## Horario del Atleta

Estamos conscientes que ciertos horarios son bastante complejos, por consecuencia lo invitamos a proporcionar toda la información adicional en una hoja anexa si es necesario.

### Ubicación del entrenamiento principal

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
calle ciudad estado

Horarios del entrenamiento principal (favor especifique los horarios, por ejemplo: 11:00 am-1:00 pm, 4:00 pm-6:00 pm)

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horas							

### Periodo diario de sesenta (60) minutos de disponibilidad para la toma de muestras

VADA puede tomar las muestras en cualquier momento durante la participación en el programa. En la siguiente tabla incluya su preferencia con respecto a los 60 minutos para la toma de muestra diaria.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
calle ciudad estado

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario durante el día							

### Otras Actividades:

Por favor proporcionar la dirección con respecto a las actividades seleccionadas en las cuales Usted desea ser controlado Favor proporcionar horarios específicos. Ej. : 11:00 am- 4:00 am

ACTIVIDAD I: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Podemos tomar las muestras durante esta actividad?

SI  NO

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario de Actividad							

ACTIVIDAD I: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Podemos tomar las muestras durante esta actividad?

SI  NO

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario de Actividad							



## Excepciones conocidas para horarios normales

NOMBRE: \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_ primer nombre \_\_\_\_\_ segundo nombre \_\_\_\_\_

### Excepciones:

Enumere las actividades que no han sido mencionadas anteriormente en este formulario y que son diferentes a sus horarios normales. Por ejemplo puede incluir una actividad laboral, un evento familiar, una ocasión especial, o cualquier actividad que podría cambiar su horario, haciendo difícil su ubicación en los diferentes lugares y horarios dados por Usted en el formulario de la información del atleta.

Actividad _____	Lugar _____	Fecha _____
Actividad _____	Lugar _____	Fecha _____
Actividad _____	Lugar _____	Fecha _____

### FECHA DE COMPETENCIA: Competencia

Nombre de la competencia _____	Ciudad _____	Estado _____	País _____
Nombre de la competencia _____	Ciudad _____	Estado _____	País _____

### Plan de viajes (Por favor anexe hojas adicionales si fuere necesario-no olvide poner su nombre en cada una de las hojas entregadas)

_____	fecha de inicio _____	_____	fecha de terminación _____
Fechas del viaje. (favor escribir cada una de las fechas)			
Dirección específica (Dirección del Hotel o lugar donde va a hospedarse)			
Ciudad _____	Estado _____		
código postal _____	País ( si es diferente a USA ) _____		
<b>Dirección temporal de entrenamiento</b> (Si es aplicable)			
Nombre del establecimiento _____			
Calle _____	Estado _____		
Ciudad _____	Estado _____		

_____	fecha de inicio _____	_____	fecha de terminación _____
Fechas del viaje. (favor escribir cada una de las fechas)			
Dirección específica (Dirección del Hotel o lugar donde va a hospedarse)			
Ciudad _____	Estado _____		
código postal _____	País ( si es diferente a USA ) _____		
<b>Dirección temporal de entrenamiento</b> (Si es aplicable)			
Nombre del establecimiento _____			
Calle _____	Estado _____		
Ciudad _____	Estado _____		

Informaré a VADA inmediatamente de cualquier variación en mis horarios y estoy de acuerdo en obedecer con las reglas de ubicación establecidas por VADA

FIRMA DEL ATLETA: \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

LA FIRMA ES OBLIGATORIA PARA CONSIDERAR QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO COMPLETADO.