RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS - LIST OF PRESCRIBED MEDICAMENTS

MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS E VITAMINAS / MEDICAMENTS, SUPPLEMENTS AND VITAMINS

Comissão Médica e de Combate a Dopagem

NÚMERO FRS • SRF NUMBER

CÓDIGO DA MISSÃO DO TESTE / TEST MISSION CODE

1. PREENCHIDO POR • COMPLETED BY

Partida: *Match:*

Nº Partida: **Match No.:**

Data: *Date:* . .

Local : **Venue:**

Equipe: *Team:*

Médico Equipe : *Team Doctor's:*

O Médico da equipe abaixo assinado confirma que os dados ora submetidos foram obtidos legalmente e estão corretos. Também Confirma que tem o direito e está autorizado e instruído pelos atletas cujos dados estão sendo submetidos (doravante individual e coletivamente referido como "Titular dos Dados"), de submeter os dados por meio desta relação de medicamentos prescritos. Também confirma que o Titular dos Dados foi informado sobre o processamento dos dados conforme estabelecido aqui e que o Titular dos Dados concorda com esse processamento dos dados. Ao submeter os dados acima, o Médico confirma que o Titular dos Dados permite e dá seu consentimento ao processamento (incluindo mas não limitado ao uso, armazenamento, divulgação e transferência) dos dados pessoais inseridos nesta relação de medicamentos prescritos para atender os seguintes fins direta ou indiretamente: para fins estatísticos e para definir quais medicamentos são usados pelo Titular dos Dados, assim como obtidos para fins de controle antidoping pelo Oficial de Controle de Doping. Além disso, o Médico da equipe abaixo assinado confirma que o Titular dos Dados o liberou do sigilo entre Médico e paciente.

The undersigned team Doctor confirms that the submitted data has been lawfully obtained and is correct. Further, he or she confirms that he or she is entitled, as well as authorised and instructed by the players whose data are submitted (hereinafter individually and collectively referred to as the "Data Subject"), to submit the data by means of this list of medicaments prescribed. He or she also confirms that the Data Subject has been informed about the processing of data as set forth herein and that the Data Subject agrees to such processing of data. By submitting the data above, he or she confirms that the Data Subject voluntarily permits and consents to the processing (including but not limited to the use, storage, disclosure and transfer) of the personal data entered on this list of medicaments prescribed to serve the following purposes directly or indirectly: For statistics purposes and to define which medicaments are taken by the Data Subject, as wells as for antidoping controls purposes to be achieved by the FIFA Doping Control Officer. Furthermore, the undersigned team Doctor confirms that the Data Subject released him or her from the Doctor/patient secrecy.

Nome *Name*	Nº Atleta *Player No.*	Substância, dose, diagnóstico, quando e por quanto tempo prescrito e método de administração / *Substance, dose, diagnosis, when and for how long prescribed and method of administration.*

Data: *Date:* . .

Assinatura Médico equipe: *Signature team Doctor:* _____

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS - LIST OF PRESCRIBED MEDICAMENTS

MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS E VITAMINAS / MEDICAMENTS, SUPPLEMENTS AND VITAMINS

Comissão Médica e de Combate a Dopagem

NÚMERO FRS • SRF NUMBER

CÓDIGO DA MISSÃO DO TESTE / TEST MISSION CODE

1. PREENCHIDO POR • COMPLETED BY

Partida: *Match:*

Nº Partida: **Match No.:**

Data: *Date:* ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Local : **Venue:**

Equipe: *Team:*

Médico Equipe : *Team Doctor's:*

O Médico da equipe abaixo assinado confirma que os dados ora submetidos foram obtidos legalmente e estão corretos. Também Confirma que tem o direito e está autorizado e instruído pelos atletas cujos dados estão sendo submetidos (doravante individual e coletivamente referido como "Titular dos Dados"), de submeter os dados por meio desta relação de medicamentos prescritos. Também confirma que o Titular dos Dados foi informado sobre o processamento dos dados conforme estabelecido aqui e que o Titular dos Dados concorda com esse processamento dos dados. Ao submeter os dados acima, o Médico confirma que o Titular dos Dados permite e dá seu consentimento ao processamento (incluindo mas não limitado ao uso, armazenamento, divulgação e transferência) dos dados pessoais inseridos nesta relação de medicamentos prescritos para atender os seguintes fins direta ou indiretamente: para fins estatísticos e para definir quais medicamentos são usados pelo Titular dos Dados, assim como obtidos para fins de controle antidoping pelo Oficial de Controle de Doping. Além disso, o Médico da equipe abaixo assinado confirma que o Titular dos Dados o liberou do sigilo entre Médico e paciente.

The undersigned team Doctor confirms that the submitted data has been lawfully obtained and is correct. Further, he or she confirms that he or she is entitled, as well as authorised and instructed by the players whose data are submitted (hereinafter individually and collectively referred to as the "Data Subject"), to submit the data by means of this list of medicaments prescribed. He or she also confirms that the Data Subject has been informed about the processing of data as set forth herein and that the Data Subject agrees to such processing of data. By submitting the data above, he or she confirms that the Data Subject voluntarily permits and consents to the processing (including but not limited to the use, storage, disclosure and transfer) of the personal data entered on this list of medicaments prescribed to serve the following purposes directly or indirectly: For statistics purposes and to define which medicaments are taken by the Data Subject, as wells as for antidoping controls purposes to be achieved by the FIFA Doping Control Officer. Furthermore, the undersigned team Doctor confirms that the Data Subject released him or her from the Doctor/patient secrecy.

Nome *Name*	Nº Atleta *Player No.*	Substância, dose, diagnóstico, quando e por quanto tempo prescrito e método de administração / *Substance, dose, diagnosis, when and for how long prescribed and method of administration.*

Data: *Date:* ☐☐☐☐☐☐☐☐

Assinatura Médico equipe: *Signature team Doctor:* _____

ORIGINAL - ABCD - BRANCO
ORIGINAL - ABCD - WHITE

CÓPIA 1- MÉDICO - ROSA
COPY 1- DOCTOR - PINK

MOD. 2 - ABCD/ME
VERSÃO 1: 2017