

| | |
|---|---|
|  | Comitato Olimpico Nazionale Italiano CONI - NADO |
| | Informazione Atleti Sottoposti a Controllo |
| Rev. 5 | in vigore dal 25 Giugno 2010 |

Inserire il presente modulo compilato, unitamente alla catena di custodia ed alla busta a sacchetto contenente i soli verbali di prelievo, nella nuova speciale busta di sicurezza BAS.

| N.° Catena di Custodia | Luogo | Data |
|------------------------|-------|-------------------------|
| | | |
| Evento: | | N.° Atleti Controllati: |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| 1. Cognome: | | 2. Nome: | |
| 3. Data di nascita: | | 4. Nazionalità: | |
| 5. Società: | | 6. Sesso: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 7. Tipo Di Controllo: | Urina <input type="checkbox"/> Epo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> | | |

Controllo completato in assenza di rilievi specifici

F 22 aggiuntivi n. _____ Relazione aggiuntiva

D. C. O. [Cognome/Nome]:

Data:

Firma: