

.....  
(Συμπληρώνεται από την ΚΑΑΝ)  
(to be completed by CyADA)

ΔΗΛΩΣΗ ΧΡΗΣΗΣ  
DECLARATION OF USE

**Η Δήλωση Χρήσης αφορά μόνο τα Γλυκοκορτικοστεροειδή τα οποία χορηγούνται με οδούς ενδοαρθρικές, περιαρθρικές, περιτενοντίες, επισκληρίδιες, ενδοδερμικές ή με εισπνοή. Για τις περιπτώσεις γλυκοκορτικοστεροειδών που χορηγούνται από το στόμα, το ορθό, ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς απαιτείται Αίτηση για Εξαίρεση Χρήσης για Θεραπευτικό Σκοπό.**

**(A Declaration of Use is limited to Glucocorticosteroids administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal and inhalation routes only. A Therapeutic Use Exemption is still required for Glucocorticosteroids administered by oral, intravenous, intramuscular or rectal routes.)**

1. Στοιχεία Αθλητή/τριας (Athlete Information)					
Επίθετο (Surname)	.....			Όνομα (Given Name)	.....
Φύλο (Gender)	Άρρεν (Male) <input type="checkbox"/> Θήλυ (Female) <input type="checkbox"/>		Ημερομηνία γέννησης (H/M/Y) (Date of birth D/M/Y)	...../...../.....	
Προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας (Preferred method of communication)		Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (E-mail) <input type="checkbox"/> Κυπριακά Ταχυδρομεία (Cyprus Postal Services) <input type="checkbox"/>			
Ηλεκτρονική διεύθυνση (E-mail address)		.....			
Ταχυδρομική διεύθυνση (Mailing Address)		.....			
Πόλη (City)	.....	T. Κ. (Postal Code)	.....	Χώρα (Country)	.....
Τηλέφωνο οικίας (Tel. Home)	.....	Τηλ. Εργασίας (Tel. Work)	.....	Κινητό (Mobile)	.....
Αθλημα (Sport)	.....		Αγώνισμα /Θέση (Discipline/Position)	.....	
Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία (National Sport Organisation)		.....			
Για Αθλητή/τρια με αναπηρία, αναφέρετε το είδος (If Athlete with disability, indicate disability)		.....			
2. Ιατρικά Στοιχεία (Medical Information)					
Διάγνωση (παρακαλώ περιγράψτε σε συντομία συμπτώματα και ευρήματα που επιβεβαιώνουν την Διάγνωση) Diagnosis (please describe briefly symptoms and signs to confirm the Diagnosis)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)

3. Στοιχεία Αγωγής (Medication Details)			
Κοινόχρηστο όνομα Γλυκοκορτικοστεροειδούς (Generic name of Glucocorticosteroid)	Δόση/Συχνότητα (Dose/Frequency)	Μονάδα μέτρησης (Units)	
<input type="checkbox"/> Βεκλομεταζόνη <input type="checkbox"/> Beclomethasone	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Βηταμεθαζόνη <input type="checkbox"/> Betamethasone	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Βουδεσονίδη <input type="checkbox"/> Budesonide	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Φλουτικαζόνη Προπιονική <input type="checkbox"/> Fluticazone Propionate	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Υδροκορτιζόνη <input type="checkbox"/> Hydrocortisone	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Μεθυλπρεδνιζολόνη <input type="checkbox"/> Methylprednisolone	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Τριαμσινολόνη <input type="checkbox"/> Triamcinolone	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Άλλο 1 (παρακαλώ ονομάστε .....) )	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other 1 (please specify .....) )	.....	micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Άλλο 2 (παρακαλώ ονομάστε .....) )	.....	milligrams (mg) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other 2 (please specify .....) )	.....	micrograms (μg) <input type="checkbox"/>	
Διάρκεια Αγωγής (π.χ. εφ' άπαξ, 15 ημέρες κ.α.): Duration of treatment (e.g., one-time use, 15 days etc):	.....		
<b>4. Στοιχεία Ιατρού (Medical Practitioner's Information)</b>			
Επίθετο (Surname)	.....	Όνομα (Given Name)	.....
Ειδικότητα (Medical Specialty)	.....		
Διεύθυνση (Address)	.....		
Πόλη (City)	.....	T. K. (Postal Code)	.....
Τηλέφωνο (Telephone)	.....	Ηλεκτρονική διεύθυνση (E-mail address)	.....
<b>5. Δήλωση – Εξουσιοδότηση Αθλητή (Athlete's Declaration - Consent)</b>			
<p>Ο/Η υπογράφων/ουσα Αθλητής/τρια ..... πιστοποιώ ότι τα στοιχεία που περιέχονται στην παρούσα Δήλωση Χρήσης είναι ακριβή και ότι δηλώνω τη Χρήση Γλυκοκορτικοστεροειδών με οδούς ενδοαρθρικές, περιαρθρικές, περιτενόντιες, επισκληρίδιες, ενδοδερμικές, ή με εισπνοή. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να λαμβάνουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων που σχετίζονται με την παρούσα Δήλωση Χρήσης η Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ, καθώς και το προσωπικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ που έχει έδρα στον Καναδά και άλλοι Οργανισμοί Αντί-Ντόπινγκ, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Παγκόσμιο Κώδικα Αντί-Ντόπινγκ και τα προβλεπόμενα από τους κανόνες αντί-ντόπινγκ του Αθλήματός μου. Κατανοώ και συγκατατίθεμαι ότι: (α) τα στοιχεία από την παρούσα Δήλωση Χρήσης θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εφαρμογή από τους παραπάνω Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ του προγράμματος αντί-ντόπινγκ σύμφωνα με τις Διεθνείς Προδιαγραφές για τις Εξαιρέσεις για Χρήση για Θεραπευτικό Σκοπό. (β) τα στοιχεία από την παρούσα Δήλωση Χρήσης θα συλλεγούν από την Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ η οποία έχει την κύρια ευθύνη για τη διασφάλιση των πληροφοριών αυτών. Η Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ θα εφαρμόσει το δικό της σύστημα για φύλαξη, παρακολούθηση και διαχείριση των στοιχείων αυτών, συμπεριλαμβανομένων της γνωστοποίησής τους στους παραλήπτες που συγκατατίθεμαι. (γ) έχω το δικαίωμα πρόσβασης ή/και διόρθωσης κάθε ανακριβές στοιχείου σε σχέση με τη Δήλωση Χρήσης, δεδομένου ότι η διόρθωση θα γίνει πριν από την υποβολή μου σε έλεγχο εντός ή εκτός αγώνα. (δ) σε περίπτωση που αποφασίσω να ανακαλέσω την ως άνω δοθείσα συγκατάθεσή μου προς την Κυπριακή</p> <p style="text-align: right;"><b>Συνεχίζεται στη σελίδα 3 (continue on page 3)</b></p>			

**ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)**

ΔΗΛΩΣΗ ΧΡΗΣΗΣ/DECLARATION OF USE

Σελίδα (Page) 2 από (out of) 4

**Συνέχεια από Σελίδα 2 (Continued from page 2)**

Αρχή Αντί-Ντόπινγκ για να λάβουν γνώση οι ως άνω φορείς των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων για λογαριασμό μου, υποχρεούμαι να γνωστοποιήσω εγγράφως την απόφασή μου αυτή στον θεράποντα ιατρό μου που αναγράφεται στη Δήλωση Χρήσης και στην Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ. (ε) για οποιαδήποτε ανησυχία μου σχετικά με τη επεξεργασία της Δήλωσης Χρήσης που υπέβαλα, μπορώ να συζητήσω με την Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ.

(I, ....., certify that the information submitted on this Declaration of Use Form is accurate and that I am declaring the Use of Glucocorticosteroid administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal or inhalation routes. I authorize the release of my personal medical information related to this Declaration of Use to the Cyprus Anti-Doping Authority as well as to the World Anti-Doping Agency staff, which is based in Canada, and to other Anti-Doping Organisations under the provisions of the World Anti-Doping Code and the Anti-Doping Rules of my Sport. I understand and agree that: (a) this Declaration of Use data will only be used to allow the above organisations to administer the anti-doping programme in accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemption; (b) this Declaration of Use data will be collected by the Cyprus Anti-Doping Authority who shall be principally responsible for ensuring the protection of this data. The Cyprus Anti-Doping Authority will use their system to store, monitor and manage this data, including its disclosure to authorised recipients; (c) I have the right to access and/or correct any inaccurate data in relation to my Declaration of Use considering the correction is made before being tested, in- or out-of-competition; (d) if I ever wish to revoke the right of the Cyprus Anti-Doping Authority and authorised Anti-Doping Organisations to access my Declaration of Use information, I must notify my medical practitioner mentioned on the Declaration and the Cyprus Anti-Doping Authority, in writing of the fact; (e) to the extent that I have any concerns about the processing of my Declaration of Use data I may consult with the Cyprus Anti-Doping Authority.

Δίνω τη συγκατάθεση μου για να λάβουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων οι αρμόδιοι για την ιατρική κάλυψη της Αποστολής σε Μεγάλες Αθλητικές Διοργανώσεις (π.χ. η ιατρική ομάδα της Κυπριακής Αποστολής σε Ολυμπιακούς Αγώνες) στους οποίους μπορεί να συμμετέχω, καθώς και στην Κυπριακή και τη Διεθνή Ομοσπονδία του αθλήματός μου.

(I authorize the release of my medical information to members responsible for health care of the Mission to Major Games where I may participate, to my National and International Federation).

ΔΕΝ δίνω τη συγκατάθεση μου για να λάβει γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο ή οργανισμός, εκτός από την Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ.

(I do not wish to have this information shared with anyone but the Cyprus Anti-Doping Authority).

Υπογραφή Αθλητή (Athlete's Signature)	.....	Ημερομηνία (Date)	.....
--	-------	----------------------	-------

Εάν ο Αθλητής/τρια είναι ανήλικος ή δεν δύναται λόγω πάθησης να υπογράψει αυτή τη Δήλωση Χρήσης, ο γονέας ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του θα πρέπει να συνυπογράψει με τον/ην Αθλητή/τρια την Αίτηση, ή για λογαριασμό του/της.

(If the Athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this Declaration of Use, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the Athlete)

Επίθετο (Surname)	.....	Όνομα (Name)	.....
Υπογραφή Γονέα ή νόμιμου αντιπροσώπου (Parent/Guardian's Signature)	.....	Ημερομηνία (Date)	.....

**ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)**

**ΠΡΟΣΟΧΗ (CAUTION)**

**Ατελώς συμπληρωμένες Δηλώσεις Χρήσης θα επιστρέφονται και θα πρέπει να επανυποβληθούν.  
(Incomplete Declarations of Use will be returned and need to be resubmitted).**

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε τη συμπληρωμένη Δήλωση Χρήσης στην Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ και κρατήστε ένα αντίγραφο για το αρχείο σας.

Απόδειξη παραλαβής της Δήλωσης Χρήσης θα σας δοθεί κατά την παράδοση της Δήλωσης ή θα σας αποσταλεί αμέσως μετά την παραλαβή της Δήλωσης, με τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας που δηλώσατε.

(Please submit the completed Declaration of Use to the Cyprus Anti-Doping Authority and keep a copy for your records.

Acknowledgement of Receipt of the Declaration of Use will be given to you when delivering the Declaration or will be sent to you upon receipt, using the preferred method of communication you indicated).

Μπορείτε να υποβάλλετε την Δήλωση Χρήσης στην παρακάτω διεύθυνση της Επιτροπής:

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΑΡΧΗ ΑΝΤΙ-ΝΤΟΠΙΝΓΚ**  
**Υπόψη: Τομέας TUE**  
**Λευκόθεο Στάδιο,**  
**Λεωφόρος Μακάρειου Αθλητικού Κέντρου**  
**Έγκωμη, ΤΤ 2400, Λευκωσία, Κύπρος**  
**Τηλέφωνο: 22353204**

You can submit your Declaration of Use to the Committee's address below:

**CYPRUS ANTI-DOPING AUTHORITY**  
**Attn: TUE Dept.**  
**LEFKOTHEO Stadium,**  
**Makarion Athletic Centre Avenue,**  
**Engkomi, Nicosia, CY-2400, Cyprus**  
**Tel.: 22353204**

**ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)**