

Prot. FSN/DSA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<b>Evento:</b>	
FSN/DSA richiedente:	Data Evento:
Località Evento:	
Ubicazione Sala Antidoping:	
Orario inizio della manifestazione:	Orario presunto dei controlli:
Orario richiesto per la presenza del DCO per l'avvio delle procedure preliminari dei controlli (sorteggio, nomina chaperones, verifica approntamento sala antidoping, ecc.):	
Referente Federale:	Tel / Cellulare:
Rappresentante/i Federale/i:	Tel / Cellulare:
Modalità di verifica per eventuali variazioni di orario e/o località dell'evento:	
Eventuali note (ad es. categoria 2, premio 5, gara 200 metri, ecc):	

**Controlli nella giornata** (in lettere)

	URINARI		EMATICI				
	URINA	URINA+EPO	HBOCs	hGH	TRASF.	3 P	CERA
M							
F							

Controlli da effettuarsi nel rispetto degli International Standard for Testing 2015 e delle NSA di NADO ITALIA

Protocollo CCA	CdC CCA
----------------	---------

Timbro e Firma FSN/DSA : \_\_\_\_\_

Data e Firma CCA: \_\_\_\_\_

1. Documento da inviare a mezzo fax (n. 06 3685 7877) o e-mail ([controlli.antidoping@nadoitalia.it](mailto:controlli.antidoping@nadoitalia.it)) almeno 15 giorni prima della data dei controlli.
2. In caso di sessioni di prelievo plurigiornaliere preparare una richiesta per ogni giorno di controllo.
3. In caso di Play off, Play out o eventi in fase di definizione anticipare i dati disponibili.
4. I numeri di telefono indicati devono consentire di rintracciare il Referente e/o il Rappresentante Federale anche durante il weekend ed in situazioni di emergenza.