



Confederação Brasileira de Paraquedismo
Fédération Aéronautique Internationale - FAI
Confederación Latinoamericana de Paracaidismo – COLPAR



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA APLICAÇÃO DE TOXICOLÓGICO

Eu, _____,
CBPq nº _____, CIS nº _____, Categoria _____, telefone celular:
(____) _____ - _____, e-mail _____,
declaro para os efeitos do artigo 162, §3º, que diante da solicitação da CBPq, por meio
de quaisquer de seus comitês, dirigentes ou terceiros expressamente autorizados, **NÃO**
deixarei de submeter-me aos testes de *antidoping* que me forem solicitados.

Declaro ter ciência que em caso de negativa para a aplicação do teste todas as
minhas licenças serão imediatamente suspensas e o competente processo administrativo
será iniciado.

(Local) _____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura

Preencher em letra de forma legível, sem abreviações.
Reconhecimento de Firma obrigatório.
Assine, não cole uma imagem da assinatura.
Validade do termo: até o dia 31 de março do próximo ano.
Versão 02