



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

AEPSAD
AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN
DE LA SALUD EN EL DEPORTE



APELLIDOS			
NOMBRE			
DNI / NIE / PAS			
TELÉFONO			
CORREO			
TITULACIÓN			
UNIVERSIDAD			
AÑO FINALIZACIÓN			
CALLE/PLAZA			
Nº, PISO, PUERTA			
POBLACIÓN			
PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	
Adjuntar y enviar a: pcd_controldopaje@aepsad.gob.es			
<ul style="list-style-type: none">▪ Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual▪ Copia Título Medicina / Enfermería▪ Justificante bancario con pago cuota de inscripción especificando<ul style="list-style-type: none">○ CÓDIGO CURSO○ APELLIDOS, NOMBRE ALUMNO/A○ HABILITACIÓN AGENTE DOPAJE			