

ACTA DE ACUERDO DE AUTOEXCLUSION

Solicitud Nº _____

Con fecha _____ del mes de _____ del año 20____

yo: _____ DNI Nº: _____ domicilio

real en calle _____ Nº _____, nacionalidad _____, en la ciudad

de _____, Provincia de Jujuy, fecha de nacimiento _____;

ocupación _____ teléfono _____ mail _____; encontrándome en completo uso

de mi discernimiento y en conocimiento total de los alcances del siguiente acto, me presento y manifiesto voluntariamente, que considero tener un problema en mi relación con el juego, que deseo no participar en salas de juegos, casinos bingos y juegos de azar y que por ello tramito mi autoexclusión voluntaria. Solicito se me IMPIDA EL ACCESO A LAS SALAS DE JUEGO O CASINOS DE LA PROVINCIA DE JUJUY, desde la firma del presente formulario, por un plazo mínimo y obligatorio de 2 años (dos años). En caso de no revocarse la medida seguirá vigente.

1. NO ingresaré a ninguna Sala de Juego de la provincia de Jujuy, Casinos, Bingos. Ni ingresaré a la plataforma online de los Casinos. En caso que intente ingresar, me sea rechazada la entrada a todas las Salas de Juego, Casinos, Bingos de la provincia de Jujuy.

2. Que la presente solicitud la otorgo con carácter irrevocable hasta el plazo de 2 años, con pleno conocimiento de su alcance y sus efectos.

3. declaro haber recibido la charla informativa sobre Juego Responsable.

4. Que el ingreso al presente programa es voluntario, responsabilizándome exclusivamente de su cumplimiento, eximiendo expresamente toda responsabilidad al respecto al Inprojuy y a la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud.

5. Que comprendo y consiento que ni inprojuy, ni la secretaría de Salud Mental pueden garantizar totalmente el cumplimiento del presente.

6. Poseo obra social/cuento con cobertura social: SI ____ NO ____ Cuál?: _____

7. Dejo los datos de un familiar o persona referente para que pueda ser notificado por inprojuy en caso de presentarme y querer ingresar a las salas de juego luego de la firma de la presente autoexclusión, como así también que pueda ser mi referente si decido ingresar al tratamiento me informaron que poseen para mi problema con el juego.

Datos de mi familiar para mi contención

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____ VINCULO: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

Se tomará 1(una) foto, como así también una fotocopia de mi DNI al momento de la Autoexclusión, o en su defecto acepto me tomen una fotografía, aceptando que las mismas sean remitidas a las restantes Salas de Juego, al único efecto del cumplimiento del presente. El responsable y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligados al secreto profesional respecto de los mismos. (Deber de confidencialidad Art. 10, Ley d 25.326 Protección de los datos personales).

Firma Aclaración DNI Nro

Firma del encargado DNI y SALA