



ACTA DE ACUERDO DE AUTOEXCLUSION

Con fecha del mes de	Solicitud Nº					
yo:	Con fecha del mes de		del año 20			
real en calle	yo:		DNI Nº:		domicilio	
ocupación	real en calle		Nº	, nacionalidad	, en la ciudad	
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: SlNOCuál?:						
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	ocupación	teléfono	mail	; encontrá	ndome en completo uso	
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	de mi discernimie	nto y en conocimiento to	otal de los alcances del sig	guiente acto, me presento	y manifiesto	
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:	voluntariamente,	que considero tener un p	problema en mi relación o	con el juego, que deseo n	o participar en salas de	
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?:	juegos, casinos bi	ngos y juegos de azar y q	ue por ello tramito mi au	toexclusión voluntaria. So	olicito se me IMPIDA EL	
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:	ACCESO A LAS SAI	LAS DE JUEGO O CASINOS	S DE LA PROVINCIA DE JU.	JUY, desde la firma del pr	esente formulario, por	
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?:	un plazo mínimo	y obligatorio de 2 años (d	los años). En caso de no r	revocarse la medida segu	irá vigente.	
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?:	1 NO ingreseré a	ninguna Sala da Juaga da	la provincia do luiuv. Ca	sinos Dingos Ni ingresar	á a la plataforma oplino	
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:	7				•	
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:			ir, file sea rechazada la er	iti ada a todas ias Saias di	s Juego, Casillos, Biligos	
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:	de la provincia de	Jujuy.				
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:	2. Que la presente	e solicitud la otorgo con c	carácter irrevocable hasta	el plazo de 2 años, con p	oleno conocimiento de	
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:	su alcance y sus e	<mark>fecto</mark> s.				
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:	2 dodana baban n		tiva sahus lugga Dasnana	abla		
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:	3. declaro naber r	ecibido la charia informa	tiva sobre Juego Respons	able.		
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?:	4. Que el ingreso	al presente programa es	voluntario, responsabiliza	ándome exclusivamente o	de su cumplimiento,	
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:	eximiendo expres	amente toda responsabil	lidad al respec <mark>to al Inproj</mark>	<mark>uy y a la Se</mark> cretarí <mark>a de</mark> Sa	ilud Mental del	
cumplimiento del presente. 6. Poseo obra social/cuento con cobertura social: SINOCuál?: 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:	Ministerio de Salu	ıd.				
cumplimiento del presente. 6. Poseo obra social/cuento con cobertura social: SINOCuál?: 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:						
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:			ojuy, ni la secretaria de Sa	alud Mental pueden gara	intizar totalmente el	
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:	cumplimiento dei	presente.				
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:	6. Poseo obra soc	ial/cuento con cobertura	social: SI NO Cuál	?:		
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:			INCT	ITIITO DDOV	INICIAI	
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:						
juego. Datos de mi familiar para mi contención APELLIDO Y NOMBRE:		_			/ / / D	
Datos de mi familiar para mi contención APELLIDO Y NOMBRE:DNI:VINCULO:		referente si decido ingre	sar al tratamiento me inf	ormaron que poseen par	a mi problema con el	
APELLIDO Y NOMBRE: DEGLES DNI: DNI: VINCULO: SAB E	juego.					
APELLIDO Y NOMBRE: SEGURO DNI: A REVINCULO: SAB E	Datos de mi famil	iar para mi contención				
	1110	CU GEUIII	BU IEGVI	A BEGDU	MCVBIE	
DOMICILIO:TELÉFONO:		IBRE: UULUU		VINCULO:	TOADLL	
	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).