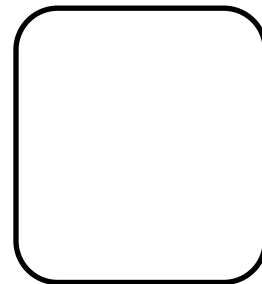


Unidad de Gestión Administrativa de Juego de Azar Responsable
LOTERÍA CHAQUEÑA



FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSIÓN

El Programa de Juego Responsable de Lotería Chaqueña, se encuentra destinado a proveer ayuda a quienes consideren de su mayor interés, no participar en Casinos, Salas y Locales donde se exploten de Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña. Para ello, Lotería Chaqueña, en su carácter de Autoridad de Aplicación, se encuentra preparada para gestionar la asistencia profesional necesaria y adecuada complementaria a su decisión de autoexcluirse, a través del mencionado Programa, su Línea Gratuita (0800-888-2008) o concurrendo a Güemes N° 46 – Resistencia – , a través de la suscripción de la presente solicitud.

ACUERDO:

El que suscribe,....., D.N.I....., con domicilio real en calle N°..... de la ciudad de, Provincia del Chaco; constituyendo domicilio a estos efectos en calle N°....., de la ciudad de....., Provincia del Chaco; manifiesto voluntariamente, que no ingresaré a ningún Casino, Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, durante el plazo de duración del presente, que se fija en cuatro (4) años desde su suscripción.

Solicito me sea rechazada la entrada a todos los Casinos, las Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, y se me prohíba, en la medida de lo posible, el ingreso y permanencia en las mismas.

Acompaño a tal efecto, dos (2) fotografías tipo carnet actualizadas a color y fotocopia del anverso y reverso de mi D.N.I. y cambio de domicilio si lo hubiera; aceptando que las mismas sean remitidas a todos los Casinos, Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar Autorizados por Lotería Chaqueña, al único efecto del cumplimiento del presente.

Asimismo, expreso:

Que la solicitud tiene carácter irrevocable. En caso de optar por extender el plazo de exclusión deberé suscribir una nueva solicitud al momento del vencimiento del presente.

Que si intentara, o lograra ingresar a cualquier Casino, Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, por medio de ardidés diversos me será requerido el retiro del lugar, labrándose un acta descriptiva de mi conducta a la que me prestaré voluntariamente.

Que el acceso a cualquier Casino, Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, durante la vigencia del presente acuerdo, importará su violación e incumplimiento, y por ende acepto las consecuencias que de mi conducta se desprenden.

Que el ingreso al presente Programa, es voluntario, resultando exclusivamente responsable de su cumplimiento, para lo cual eximo expresamente de toda responsabilidad al respecto a Lotería Chaqueña, Casinos, Salas, y Locales, Permisionarios de Juego, y/o Estado Provincial.

Que Lotería Chaqueña me ha suministrado información para la asistencia al jugador patológico.

Que me comprometo a iniciar tratamiento especializado en cualquier ámbito del sistema de salud, ya sea en forma pública o privada.

Asimismo me comprometo a presentar y/o enviar al Programa de Juego Responsable de Lotería Chaqueña, sito en calle Güemes N° 46, certificado de que me encuentro en tratamiento expedido por un profesional de la salud mental habilitado para el ejercicio de su profesión en la Provincia del Chaco o Institución a donde concurra (en caso de ser copia la misma debe encontrarse debidamente legalizada). Los certificados deben entregarse cada seis (6) meses de suscripta la presente, y en caso de no hacerlo acepto que el régimen de autoexclusión solicitado oportunamente por mí, se prorrogue por cuatro (4) años más de manera automática.

Acepto que idéntico plazo de prórroga del presente régimen, cuatro (4) años, se me aplique en caso de violentar el mismo reintroduciéndome a algún Casino, Salas o Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, mediante maniobras de cualquier tipo, y que se constaten por los medios estipulados por Lotería Chaqueña o sus concesionarios del juego.

Entiendo que el ingresar a este Programa, no resulta obligación, ni responsabilidad de terceros; por lo que expresamente renuncio a iniciar cualquier acción legal contra Lotería Chaqueña, Casinos, Salas, y Locales donde se exploten Juegos de azar autorizados por Lotería Chaqueña, y/o el Estado Provincial, por violación o incumplimiento del presente, por aceptar que no resultan responsables de las pérdidas o daños que por mi propio accionar produzca en mi patrimonio y/o persona, o de terceros dependientes de mí.

SOLICITANTE

.....

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Celular:..... Teléfono Fijo:..... Mail:.....

FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE

.....

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Celular:..... Teléfono Fijo:..... Mail:.....

RECEPTOR:

.....

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Localidad _____; Provincia del Chaco, ____/____/20____