

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO

Lugar: _____

Fecha: _____

El/La señor/a _____, DNI: _____ se presenta en el día de la fecha con voluntad de realizar la autoexclusión de las salas de juego.

Ante la solicitud, se le hace entrega de los formularios para realizar la autoexclusión en las Salas de Juego y asimismo se le informa sobre las características del tratamiento que brinda el Programa de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo.

Reconoce y acepta que el Programa de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo no es responsable si el interesado intentara o lograra ingresar a alguna sala de juegos, ya que los controles correspondientes no están en el área de injerencia de este Programa.

Los abajo firmantes certifican lo antedicho, responsabilizándose de su decisión.

Solicitante

Edad:

Nacionalidad:

Ocupación:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Sala de juego predominante:

Acompañante NO / SÍ

Nombre:

Apellido:

Vínculo:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Firma: _____

Aclaración: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

IMPORTANTE

ANTE CUALQUIER CONSULTA O INQUIETUD LLAMAR A LA LÍNEA GRATUITA

0800-444-4000