DAFAS
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

LA PAMPA
Gobierno en Acción
Ministerio de Salud
SUBSECRETARÍA DE SALUD
MENTAL Y ADICCIONES

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSIÓN

• El programa de Autoexclusión de Salas de juegos de Azar, del Casino Club S.A., DAFAS y la Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones se encuentra destinado a proveer ayuda a quienes consideren que tienen una relación patológica con el juego que conlleva a una dependencia incontrolable al mismo, razón por la cual concurrir al Casino o participar en Salas de Juegos de Azar, les ocasiona un perjuicio (a las personas y sus bienes) además de acentuar su patología.

• Para ello, las instituciones arriba nombradas (en el marco del convenio firmado oportunamente) se encuentran preparadas para asistirlo en su decisión de autoexcluirse a través de la suscripción de la presente solicitud.

ACUERDO:

Solicitud Nº _____

Con fecha _____ del mes de _____ del año 20_____ yo:_____ DNI Nº:_____ domicilio real en calle_____ Nº_____ de la ciudad de_____, Provincia de La Pampa; encontrándome en completo uso de mi discernimiento y en conocimiento total de los alcances del siguiente acto, manifiesto voluntariamente, que:

1. NO ingresaré a ninguna Sala de Juego de la provincia de La Pampa, Casinos, Bingos. Ni ingresaré a la plataforma online del Casino Club.

2. En caso que intente ingresar, me sea rechazada la entrada a todas las Salas de Juego, Casinos, Bingos de la provincia de La Pampa. **Me sea bloqueado el ingreso a la plataforma online.**

3. Me sea prohibido el ingreso y permanencia en las mismas.

4. Que si intentara o lograra ingresar a cualquier Sala de Juego, me será requerido el retiro inmediato del lugar.

5. Que el ingreso a cualquier Sala de Juego, durante la vigencia del presente acuerdo, importará su violación e incumplimiento.

6. Que mi exclusión sea durante el plazo de 2 (dos) años a partir de la firma de la presente. **En caso de optar por extender dicho plazo deberé suscribir una nueva solicitud al momento de vencimiento de la presente.**

7. **Que la presente solicitud la otorgo con carácter irrevocable, con pleno conocimiento de su alcance y sus efectos.**

8. Que el ingreso al presente programa es voluntario, responsabilizándome exclusivamente de su cumplimiento, eximiendo expresamente toda responsabilidad al respecto a Casino Club S.A. y a las Salas mencionadas, a DAFAS y a la Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones.

9. Que comprendo y consiento que ni Casino Club S.A., ni DAFAS, ni la Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones pueden garantizar totalmente el cumplimiento del presente.

10. **Que acepto ser contactado y recibir información sobre el Programa de Juego Responsable de DAFAS, para lo cual dejo mis datos:**

Teléfono celular: _____ Mail: _____

11. Poseo obra social/cuento con cobertura social: SI___ NO___ Cuál?: _____

12. Me comprometo a consultar a un profesional de la salud mental (psicólogo y/o psiquiatra) y/o asistir a espacio de asesoramiento brindado por el Programa de Juego Responsable.

Asimismo, declaro tener conocimiento de que en la Subsecretaria se ofrecen alternativas de abordaje y cuenta con una línea telefónica gratuita las 24 horas (132 FONO AYUDA) de asesoramiento para la patología que creo padecer, como así también declaro conocer que la empresa Casino Club S.A. ha implementado un programa denominado "Juego responsable", con el fin de evitar este tipo de patologías.

13. Dejo los datos de un familiar o persona referente para que pueda ser notificado por Casino Club S.A. 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 que la Subsecretaría me informó que posee para mi problema con el juego.

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, 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).

IMPORTANTE-LEER CUIDADOSAMENTE

Entiendo que al ingresar a este programa, no resulta obligación, ni responsabilidad de terceros; por lo que expresamente renuncio a iniciar cualquier acción legal contra las Salas de Juego, el Casino Club S.A., DAFAS-I.S.S. y/o la Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones y/o al Estado provincial, por violación o incumplimiento del presente. Reconozco que ninguna de las instituciones anteriormente nombradas resultan responsables de las pérdidas o daños que por mi propio accionar produzca en mi patrimonio y/o persona, o de terceros.

_____ _____ _____

Firma Aclaración DNI Nº