



Foto Carnet

_____, Misiones. ____ de _____ de 20__

RESOLUCIÓN N° 113/2.026

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSIÓN

El Programa de Autoexclusión del Instituto Provincial de Lotería y Casinos Sociedad del Estado, está destinado a proveer ayuda a quienes consideren, de su mayor interés, no participar de los juegos de apuestas en la Provincia de Misiones, sea en su modalidad online o presencial. Para tal fin, se proveen las vías de contacto del Programa de Juego Responsable del IPLyCSE 0800-888-5836, o el whatsapp 376-154683173 para más información y asesoramiento sobre la autoexclusión y la suscripción al presente programa:

Yo, _____, con DNI N° _____, manifiesto voluntariamente que no ingresaré a ninguna sala de juego, plataforma en línea, u otra forma de juego de azar propia o concesionadas que impliquen apuestas en la provincia de Misiones, durante el **plazo de 2 (dos) años, salvo certificado de aptitud psicológica** expedido por un profesional de la salud mental habilitado para el ejercicio de su profesión. Acompaño al efecto, una (1) foto tipo carnet actualizada, aceptando que la misma sea remitida a las restantes salas de juego, al único efecto del cumplimiento del presente.

Fecha de nacimiento: / /	Edad:
Celular:	Profesión/oficio:
Domicilio:	Localidad:
País:	Mail:

Que entiendo, es preciso contar con la ayuda de mi entorno/allegados, por lo que facilitó los siguientes datos ante una eventual necesidad de comunicación:

Apellido y nombre del contacto de ayuda:	
Celular:	Vínculo:

Asimismo, expreso:

Que comprendo que la autoexclusión es una herramienta complementaria de ayuda, y no una solución por sí misma; y que el tratamiento, con algún profesional de la salud mental, es una vía importante para resolver el problema con el juego.

Que esta declaración es **irrevocable**; y que, en caso de optar por extender el plazo de exclusión, deberé suscribirme a una nueva solicitud al momento del vencimiento del presente.

Que, si intentara o lograra ingresar a cualquier sala de juego, autorizo se me sea requerido mi retiro del establecimiento, dejando constancia de ello por medio de la suscripción del Acta de Detección. Asimismo, autorizo a la empresa a emplear la fuerza pública en caso de negarme a realizar mi retiro voluntario.

Que el ingreso a cualquier sala de juego, durante la vigencia del presente acuerdo, importará su violación e incumplimiento. Y en ese caso, acepto se aplique una **prórroga de 2 (dos) años a este acuerdo**.

Que autorizo al IPLyCSE a registrar y tratar mis datos personales para fines estadísticos, detección de factores de la enfermedad y comunicaciones de seguimiento.

Que el ingreso al presente Programa es voluntario, resultando exclusivamente de mi responsabilidad su cumplimiento, por lo cual eximo, expresamente, de toda responsabilidad legal al Instituto Provincial de Lotería y Casinos Sociedad del Estado (IPLyC SE), a las Salas de Juego, a los concesionarios del juego presencial y en línea, Casinos y/o Estado Provincial. Asumiendo que estos no son responsables de las pérdidas o daños que por mi propio accionar produzca a mi patrimonio o al de terceros.

Firma

Aclaración:

DNI: