

## ACUERDO

Yo, \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, registrado como usuario del casino on line con el nombre: ..... con domicilio real en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ entre \_\_\_\_\_ y de la localidad de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_; constituyendo domicilio a estos efectos en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_; manifiesto voluntariamente, que no ingresaré a ninguna Sala de Casino y Tragamonedas autorizados de la Provincia de Catamarca ni a las paginas del casino on line, durante el plazo de duración del presente, que se fija en dos (2) años desde su suscripción.

Solicito me sea rechazada la entrada a todas las Salas de Juego y al casino on line, y se me prohíba, en la medida de lo posible, el ingreso y permanencia en las mismas.

Acompaño al efecto, dos (2) fotografías tipo carnet actualizadas y fotocopia de la ambos lados del D.N.I., aceptando que las mismas sean remitidas a todas las Salas de Casinos y Tragamonedas autorizados en la Provincia de Catamarca, al único efecto del cumplimiento del presente.

Asimismo, expreso :

Que la solicitud tiene carácter de 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 Sala de Juego de la Provincia de Catamarca, me será requerido el retiro del lugar, labrándose un acta descriptiva de mi conducta a la me prestare voluntariamente.

Que el ingreso a cualquier Sala de Juego de la Provincia de Catamarca, 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 de Autoexclusión, es voluntario, resultando exclusivamente responsable de su cumplimiento, para lo cual eximo expresamente de toda responsabilidad al respecto a CASINO CATAMARCA, y/o a la Caja de Prestaciones Sociales de Catamarca (Ca.Pre.S.Ca.).

Que comprendo y consiento que ni las Salas, ni CASINO CATAMARCA, ni la Caja de Prestaciones Sociales de Catamarca (Ca.Pre.S.Ca.). pueden garantizar totalmente el cumplimiento del presente.

Que la Caja de Prestaciones Sociales de Catamarca (Ca.Pre.S.Ca.) y CASINO CATAMARCA me ha suministrado información para la asistencia al jugador compulsivo. Que me comprometo a iniciar tratamiento especializado en cualquier sistema de salud, ya sea a través del Plan de Juego Responsable de Ca.Pre.S.Ca, u optar por recibir asistencia

en la parte privada en forma particular o por cobertura de obra social y/o servicio de medicina prepaga.

Asimismo me comprometo a presentar y/o enviar al departamento de Juego Responsable de Ca.Pre.S.Ca., sito en calle Mota Botello N° 854 PB, de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, 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 de Catamarca o Intitución 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 el régimen de autoexclusión solicitado oportunamente por mi, se prorrogue por dos (2) años más de manera automática.

Asimismo acepto que idéntico plazo de prórroga del presente régimen, dos (2) años, se me aplique en caso de violentar nel mismo reintroduciéndome a las Salas de Juego mediante artimañas de cualquier tipo, y que se constaten por los medios estipulados por Ca. Pre.S.Ca o sus concesionarios de juego.

Entiendo que al solicitar firmar el formulario de autoexclusión, no resulta obligación, ni responsabilidad de terceros; por lo que expresamente renuncio a iniciar cualquier acción legal contra de Ca. Pre. S.Ca., Salas de Juego, concesionarios del juego, Casinos y/ o el Estado Provincial, por violación o incumplimiento del presente.

Reconozco que Ca. Pre.S.Ca y concesionarios del juego, Casinos y Tragamonedas autorizados de la Provincia de Catamarca y/o el estado Provincial 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 mi.

SOLICITANTE: firma aclaración DNI

FAMILIAR O ACOMPAÑANTE: firma aclaración DNI (Teléfono y mail)

RECEPTOR: firma aclaración DNI