

**PROGRAMA DE AUTOEXCLUSIÓN
PARA LUDÓPATAS
DE LAS SALAS DE JUEGOS DE AZAR DEPENDIENTES DE LA
DIRECCIÓN GENERAL DE CASINOS DEL ESTADO**

1º Objeto: El programa de Autoexclusión para Ludópatas, se inserta en la política de responsabilidad social de la Dirección General de Casinos, constituyendo un instrumento de apoyo indirecto destinado a personas que se encuentren afectadas por la enfermedad ludopatía y que decidan voluntariamente autoexcluirse de concurrir a las Salas de Juegos de Azar dependientes de la Dirección General de Casinos del Estado.

2º Sujetos comprendidos: Toda persona que se encuentre afectada por la enfermedad de ludopatía y que, por decisión personal o mediante la presentación o no de certificado médico, decida autoexcluirse de participar en los Juegos de Azar de competencia de este Organismo.

3º Salas de Juego de Azar comprendidas: Todos los Casinos y Salas de Esparcimiento dependientes de la Dirección General de Casinos.

4º Efectos y alcances: La solicitud de autoexclusión deberá ser efectuada directamente por el interesado o el curador interino o definitivo, designado.- En este marco, dicha solicitud, respecto de alguna de las Salas de Juego de Azar, se considerará realizada respecto de las restantes Salas de Juego de la Dirección General de Casinos.

5º Plazo de vigencia: La suscripción implicará la voluntad de autoexclusión de dichas Salas de Juego, hasta una nueva comunicación por parte del interesado en sentido contrario, o por el transcurso de un término de 2 años, cuyo vencimiento importará la caducidad de la solicitud y sus efectos.

6° Alcance, efectos y responsabilidades: El ingreso al Programa de Autoexclusión, implicará:

6.1.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, asume la total responsabilidad respecto de la veracidad de la información que proporciona.

6.2.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, asume el compromiso de colaborar, a efectos de que pueda ser reconocido e identificado en las Salas de Juego comprendidas en el Programa.

6.3.- Que la Dirección General de Casinos, no asume una obligación de resultado de impedir el ingreso de la persona que hubiese solicitado la autoexclusión, sino su voluntad institucional de adoptar las medidas que se encuentren a su alcance, para apoyar a las personas citadas, procurando su identificación al ingreso o dentro de las Salas de Juego de su dependencia y, en tal caso, si la persona fuere identificada, disponer que la misma se retire del establecimiento.

6.4.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, autoriza a la Dirección General de Casinos a emplear la fuerza pública en caso de que se niegue a retirarse voluntariamente de los establecimientos citados, luego de ser identificada.

6.5.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, reconoce que el ingreso a los Casinos y Salas de Esparcimiento no requiere el control de identidad.

6.6.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, reconoce que, sin su colaboración, por lo menos tácita, la tarea de identificación oportuna, en ámbitos caracterizados por una dinámica aleatoria de entrada y salida de público, se torna de extrema dificultad, sobre todo si la persona realiza algún cambio de su aspecto respecto del que surge de las fotografías que entregara.

6.7.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, autoriza a la Dirección General de Casinos a remitir copia de la solicitud de autoexclusión, al Programa de Prevención y Tratamiento del Juego Patológico que se desarrolla en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, en el marco de un Convenio suscrito con la Dirección General de Casinos y mientras el mismo se encuentre vigente, a fin de que preste asistencia al interesado o le brinde, recomendaciones al respecto.

6.8.- Que la persona que presente la solicitud de referencia, autoriza a la Dirección General de Casinos a ingresar sus datos emanados del formulario de

referencia, en: una Base de Datos que estará a cargo el Sector Psicología Laboral – División Recursos Humanos del Organismo, a efectos del control de los ingresos.- El Sector remitirá dichos datos, a la brevedad, a quien esté a cargo del Programa de Prevención y Tratamiento del Juego Patológico, que se desarrolla en la Clínica Psiquiátrica dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en el marco de un Convenio suscrito con la Dirección General de Casinos y mientras el mismo se encuentre vigente.

7º Procedimiento: Todo interesado en ingresar a este sistema, deberá completar en forma personal, en cualesquiera de las Salas de Juego comprendidas, el Formulario de Solicitud de Autoexclusión. Asimismo, deberá adjuntar lo siguiente:

7.1.- Fotocopia de su cédula de Identidad.

7.2.- Una foto de tamaño de 7cm por 5cm.

7.3.- Una foto de su perfil derecho y otra de su perfil izquierdo de 7cm por 5cm c/u.

**PROGRAMA DE AUTOEXCLUSIÓN
PARA LUDÓPATAS DE LAS SALAS DE JUEGOS DE AZAR DEPENDIENTES
DE LA
DIRECCIÓN GENERAL DE CASINOS DEL ESTADO**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSIÓN

Quien suscribe,.....
C.I....., con domicilio real en calle
.....Nro.....Apto.....entre
..... yde la zona.....
Departamento:.....
Teléfono.....Celular.....;
manifiesto:

- 1) que padezco de ludopatía,
- 2) que conozco el Programa de Autoexclusión para Ludópatas, que se inserta en la política de responsabilidad social de la Dirección General de Casinos del Estado,
- 3) que manifiesto mi voluntad de no ingresar a las Salas de Juegos de Azar dependientes de la Dirección General de Casinos del Estado.
- 4) que acepto que la presentación de este formulario, implica mi voluntad de autoexclusión de dichas Salas de Juego, hasta una nueva comunicación por mi parte en sentido contrario o por el transcurso de un término de 2 años, a cuyo vencimiento importará la caducidad de la solicitud y sus efectos,
- 5) que asumo que el ingreso al Programa de Autoexclusión, implica:
 - 5.1) que es de mi total responsabilidad la veracidad de la información que proporciono,
 - 5.2) que asumo el compromiso de colaborar a efectos de que pueda ser reconocido e identificado en las Salas de Juego comprendidas en el Programa,
 - 5.3) que reconozco que la Dirección General de Casinos no asume una obligación de resultado de impedir mi ingreso a sus dependencias, sino su voluntad institucional de adoptar las medidas que se encuentren a su alcance,

para apoyar a las personas que se encuentren en mi situación, procurando su identificación al ingreso o dentro de las Salas de Juego de su dependencia y, en tal caso, al ser identificada, disponer que se retire del establecimiento,

5.4) que autorizo a la Dirección General de Casinos a emplear la fuerza pública en el caso de negarme a salir de los establecimientos citados, luego de ser identificado,

5.5) que reconozco que el ingreso a los Casinos y Salas de Esparcimiento no requiere el control de identidad,

5.6) que reconozco que, sin mi colaboración, por lo menos tácita, la tarea de identificación oportuna, en ámbitos caracterizados por una dinámica aleatoria de entrada y salida de público, se torna de extrema dificultad,

5.7) que autorizo a la Dirección General de Casinos a remitir copia de la solicitud de autoexclusión al Programa de Prevención y Tratamiento del Juego Patológico, que se desarrolla en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en el marco de un Convenio suscrito con la Dirección General de Casinos y mientras el mismo se encuentre vigente, a fin de que me preste asistencia, o me brinde recomendaciones al respecto,

5.8) que autorizo a la Dirección General de Casinos a ingresar mis datos emanados del presente formulario en: una Base de Datos que estará a cargo del Sector Psicología Laboral – División Recursos Humanos del Organismo, a efectos del control de los ingresos y a una Base de Datos que estará a cargo del Programa de Prevención y Tratamiento del Juego Patológico, que se desarrolla en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en el marco de un Convenio suscrito con la Dirección General de Casinos y mientras el mismo se encuentre vigente.

6) Que adjunto:

6.1) Fotocopia de mi cédula de identidad.

6.2) Una foto de tamaño de 7cm por 5 cm.

6.3) Una foto de mi perfil derecho y otra de mi perfil izquierdo, de tamaño 7cm. por 5cm.

Fecha:

Firma: