

Formulario de Autoexclusión de Jugadores

Instrucciones

- Complete este formulario con letra clara y legible, usando bolígrafo de tinta negra o azul.
- Todos los campos marcados con (*) son obligatorios.
- Firme en los tres espacios de aceptación indicados.
- Entregue el formulario completo y firmado en las oficinas de la Dirección de Casinos y Juegos de Azar, o comuníquese al teléfono 809-687-5131 ext. 2201 para conocer otras vías de entrega.
- Conserve una copia para su registro personal.

Datos Generales (*)

Nombre completo	Nacionalidad (Dominicana / Extranjera)
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Cédula o Pasaporte

Datos de Contacto (*)

Dirección de domicilio	
Teléfono	Correo electrónico

Declaración de Autoexclusión (*)

Declaro que voluntariamente deseo excluirme de todos los establecimientos de juegos de azar en la República Dominicana por un período de tiempo determinado.

☐ Acepto la declaración de autoexclusión anterior.

Duración de la autoexclusión (marque una opción):

☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 4 años ☐ Indefinido

Motivo de la autoexclusión (opcional, marque una opción):

☐ Personal ☐ Familiar ☐ Económico ☐ Salud mental ☐ Prevención

Fecha de inicio de la autoexclusión (día/mes/año)

Aviso Importante 1 (*)

Al completar y firmar este formulario de autoexclusión, usted reconoce que está solicitando voluntariamente ser excluido, a nivel nacional, de todas las actividades de juego reguladas por la Dirección de Casinos y Juegos de Azar del Ministerio de Hacienda y Economía de la República Dominicana. Entiende que la autoexclusión será efectiva una vez que su solicitud sea procesada y confirmada por nuestra institución. Declara que la información proporcionada es veraz y comprende que, al presentar este formulario físico firmado, autoriza a la Dirección de Casinos y Juegos de Azar a proceder conforme a las normativas legales vigentes. Asimismo, acepta que esta medida es de protección personal y que la Dirección no será responsable por actividades de juego realizadas en operadores no regulados o fuera de su jurisdicción.

☐ Acepto el Aviso Importante 1.

Aviso Importante 2 (*)

Una vez completado y firmado este formulario, su autoexclusión será efectiva y no podrá ingresar o concurrir, presencial o por internet, a un establecimiento de juegos de azar, comprar boletos o billetes, o cobrar premios durante el período seleccionado. La persona firmante es consciente y comprende que, para levantar la restricción antes del plazo establecido, deberá contactar a la Dirección de Casinos y Juegos de Azar y seguir el procedimiento correspondiente.

☐ Acepto el Aviso Importante 2.

Firma del solicitante

Fecha (día/mes/año)