


Día	Mes	Año

1. DATOS TITULAR


Nombres	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>		
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Día	Mes	Año		
Dirección Particular	Calle	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>	
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>
Dirección Correo Electrónico	<input type="text"/>				
Teléfono de Contacto	Fijo	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	

Género: Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
Fecha de la Fotografía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año
			
(Fotografía tamaño pasaporte) (a colores tomada durante los últimos 30 días)			

Color de Pelo	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Color de Ojos	<input type="text"/>	Estatura	<input type="text"/>
Marcas físicas visibles (Por ejemplo tatuajes o lunares). Especificar la marca y el lugar en el cual se encuentra			
Describe:			

2.- DATOS APODERADO

Nombres	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>		
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Día	Mes	Año		
Dirección Particular	Calle	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>	
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>
Dirección Correo Electrónico	<input type="text"/>				
Teléfono de Contacto	Fijo	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	

Género: Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
Fecha de la Fotografía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año
			
(Fotografía tamaño pasaporte) (a colores tomada durante los últimos 30 días)			

Color de Pelo	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Color de Ojos	<input type="text"/>	Estatura	<input type="text"/>
Marcas físicas visibles (Por ejemplo tatuajes o lunares). Especificar la marca y el lugar en el cual se encuentra			
Describe:			

3. DECLARACIÓN

Por medio de la presente, y encontrándome en pleno uso de mis facultades, manifiesto mi voluntad de revocar el formulario de autoexclusión presentado con fecha ___/___/___, ante la sociedad operadora Casino Colchagua S.A, en orden a que se me restrinja el ingreso y permanencia a sus salas de juego.

En consecuencia, declaro y solicito bajo mi total responsabilidad, que se me permita el libre ingreso y permanencia a las salas de juego de la sociedad operadora Casino Colchagua S.A, por las siguientes razones:

Asimismo, declaro bajo juramento que no recae sobre mi persona sentencia judicial o resolución de autoridad competente que declare una prohibición o restricción de acceso a dichas salas de juego o su establecimiento.

Antes de firmar, declara él o la compareciente junto a su apoderado el formulario de autoexclusión que este documento reproduce textual y fielmente lo expuesto por él o ella, y en consecuencia eximen a Casino Colchagua S.A., directores, representantes legales o empleados.

Firma Titular

Firma Apoderado

Autorizo con fecha de hoy

_____ de _____ de _____

Para que la declaración sea efectiva, ésta debe ser completada en 3 ejemplares de puño y letra por parte del solicitante y su apoderado , otra en poder del titular y otra en poder del apoderado. Se hace presente que esta revocación se hará efectiva en las 48 horas hábiles siguientes a la presentación. En caso de haber fallecido el apoderado el cliente autoexcluido podrá solicitar a un familiar directo que lo remplace.

DATOS A COMPLETAR POR Casino Colchagua S.A (una vez legalizado ante notario)

Fecha de Recepción

____/____/____
Día Mes Año

Recibido por

Nombre
