

ANEXO I
FORMULARIO I
INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA



DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO

APELLIDOS:
NOMBRES:
IDENTIFICADO: DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA N°
DOMICILIO:
TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL:
E-MAIL:

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29907, Ley para la Prevención y el Tratamiento de la Ludopatía en las Salas de Juegos de Casino y Máquinas Tragamonedas y Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°.....-2012-MINCETUR, he decidido de forma voluntaria inscribirme en el Registro de personas prohibidas de acceder a establecimientos destinados a la explotación de juegos de casino y máquinas tragamonedas en el país.

Declaro conocer que el plazo mínimo obligatorio de vigencia es de seis (06) meses, renovable automáticamente por igual período, a partir de la presentación del presente.

Autorizo a la Dirección General de Juegos de Casinos y Máquinas Tragamonedas del MINCETUR, permita que los Titulares de las salas de juego autorizadas a nivel nacional, puedan acceder al presente Formulario.

DATOS DEL AMIGO O FAMILIAR DE CONTACTO (Persona a ser llamado en caso de vulneración de la prohibición)

APELLIDOS:
NOMBRES:
IDENTIFICADO: DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA N°
DOMICILIO:
TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL:
E-MAIL:

Para el cumplimiento de esta inscripción, designo a la persona señalada como contacto (*amigo o familiar*) a fin que sea llamado, en caso vulnere la prohibición de acceso e ingreso a las salas de juegos de casinos y máquinas tragamonedas, para que acuda a auxiliarme.

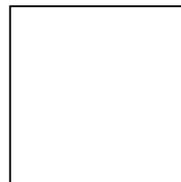
Asimismo, asumo el compromiso de comunicar en forma oportuna a la DGJCMT, los cambios que pudieran impedir mi identificación y/o reconocimiento, cumpliendo las mismas formalidades empleadas en el presente.

Para el cumplimiento de esta inscripción, adjunto al presente:

- (i) Copia de mi DNI, Pasaporte o Carné de Extranjería.
- (ii) Fotografía tamaño pasaporte.

En....., a los del mes..... del año.....
(ciudad donde se extiende el Formulario)

Firma
DNI



Huella Digital

ANEXO I

FORMULARIO II

INSCRIPCIÓN A SOLICITUD DE LA FAMILIA



DATOS DEL FAMILIAR QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO

APELLIDOS:

NOMBRES:

VÍNCULO O PARENTESCO:.....
(Padre, madre, hijo (a) cónyuge o conviviente legalmente reconocido)

IDENTIFICADO: DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA N°

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL:

E-MAIL:

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29907, Ley para la Prevención y el Tratamiento de la Ludopatía en las Salas de Juegos de Casino y Máquinas Tragamonedas y Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°-2012-MINCETUR, solicito la inscripción:

DATOS DE LA PERSONA CUYA INSCRIPCIÓN SE SOLICITA EN EL REGISTRO

APELLIDOS:

NOMBRES:

IDENTIFICADO: DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA N°

DOMICILIO:

Declaro conocer que el plazo de vigencia de la presente inscripción es indefinido.
Autorizo a la Dirección General de Juegos de Casinos y Máquinas Tragamonedas del MINCETUR, permita que los Titulares de las salas de juego autorizadas a nivel nacional, puedan acceder al presente Formulario.

DATOS DEL AMIGO O FAMILIAR DE CONTACTO (Persona a ser llamado en caso de vulneración de la prohibición)

APELLIDOS:

NOMBRES:

IDENTIFICADO: DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA N°

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL:

E-MAIL:

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- (i) Copia de mi DNI, Pasaporte o Carné de Extranjería.
- (ii) Copia de la Partida de Nacimiento (para el caso de padres y/o hijos), de Matrimonio (para el caso del cónyuge) o Documento que acredite la convivencia (para el caso de conviviente).
- (iii) Informe de la Junta Médica en el que se determine de forma indubitable y por mayoría que la persona cuya inscripción se solicita, padece de la enfermedad de la Ludopatía.
- (iv) Copia de los documentos de identidad de los integrantes de la Junta Médica así como sus constancias de especialidad profesional y habilitación expedidas por el Colegio Médico del Perú.
- (v) Copia del DNI de la persona cuya inscripción se solicita.
- (vi) Fotografía tamaño pasaporte de la persona cuya inscripción se solicita.

En....., a los del mes..... del año.....
(ciudad donde se extiende el Formulario)

Firma
DNI