



DECLARACIÓN DE EXCLUSIÓN

FECHA: _____

HORA: _____

Emitido a:

NOMBRE: _____ INFORME DE INCIDENTE # _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de licencia de conducir/identificación _____

Represento a los propietarios de Casino Miami/Fronton Holdings, LLC. ubicado en 3500 NW 37th Avenue, Miami, FL 33142. Le informo que no puede acceder a estas instalaciones (marque una)

_____ Por un Período de 1 Año

_____ Por un Período de 5 Años

_____ Por un Período de 2 Años

_____ **PERMANENTEMENTE**

Si se niega a irse o se va y alguna vez regresa durante el período de exclusión, será **ARRESTADO POR ENTRADA SIN DERECHO** de acuerdo con el **Estatuto de Florida 810.08**. Antes de regresar a las instalaciones y/o al vencimiento de la autoexclusión, primero debe comunicarse con el Departamento de Seguridad o el Director de Cumplimiento del Estado para su reincorporación a través de una solicitud escrita o verbal en persona. La solicitud de reincorporación se enviará a las oficinas estatales de Tallahassee para su aprobación. Tras la aprobación del Estado, Casino Miami le informará al respecto. Si regresa a las instalaciones antes de la aprobación de la restitución, independientemente de la fecha de vencimiento de auto-exclusión, el **Estatuto de Florida 810.08** seguirá vigente y será **ARRESTADO POR ENTRADA SIN DERECHO**.
Casino Miami reserva el derecho de negar la restitución.

Representante del propietario _____ Firma _____
(En Molde)

Patrocinador _____ Firma _____
(En Molde)

Firma de testigo _____ Firma _____
(En Molde)