

Solicitud de eliminación de la autoexclusión

Nombre: _____
Apellido, nombre y segundo nombre (incluya Sr., Jr., etc. si corresponde)

Dirección de residencia: _____
Número y calle Apartamento

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono: _____
Teléfono de contacto n.º1 Teléfono de contacto n.º2

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Enumere el motivo por el que solicita ser eliminado de la lista de autoexclusión

Firma: _____ Fecha: _____

DO NOT WRITE BELOW-----FOR NMGCB PERSONNEL USE ONLY
(NO ESCRIBIR A CONTINUACIÓN-----SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA NMGCB)

Exclusion # _____ Date of original exclusion _____

Term Requested _____