



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
PROVVEDITORATO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
DIREZIONE DELLA CASA _____

ISTANZE DI MISURE ALTERNATIVE: AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE,
SEMILIBERTÀ, DETENZIONE DOMICILIARE c.d. GENERICA

Al Tribunale di Sorveglianza di
BRESCIA

Il sottoscritto

Cognome e nome

Nato/a a

il

(Comune/ Provincia)

(Data)

Residente a

(via/Piazza,n°civico,Città,cap)

Dichiara di essere

attualmente detenuto presso

con posizione giuridica definitiva

in seguito a condanna per i seguenti reati:

1) **4 bis O.P.**

quali:

data di commissione

luogo di commissione

2) **no 4 bis O.P.**

quali:

data di commissione

luogo di commissione

alla pena inflitta di: anni

mesi

giorni

di cui già scontati: anni

mesi

giorni

di avere già scontato il/ i reato/i di cui all'art. **4 bis O.P.**: SÌ NO

di avere un residuo pena di: anni

mesi

giorni

fine pena:

di aver nominato difensore di fiducia l'Avv.

revocando ogni altra nomina

CHIEDE

Relativamente alla pena in esecuzione, di essere ammesso/a alla seguente misura alternativa:

AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE, - ART. 47 O.P. per pene fino a 4 anni

- AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**, - ART. 47 quater O.P.
(solo per soggetti affetti da AIDS conclamata o grave deficienza immunitaria) [no limiti di pena]
- SEMILIBERTÀ**, - ART. 50 O.P.
(solo in presenza di attività lavorativa, istruttiva o comunque utile al reinserimento sociale)
- DETTENZIONE DOMICILIARE** - ART. 47 TER COMMA 1 BIS O.P.
(non per reati di cui all'art 4 bis O.P. e per pene non superiori ai due anni di reclusione anche residue)

Lo / la scrivente dichiara:

- | | |
|--|---|
| 1. Di avere un'abitazione in (indirizzo): | |
| 2. Di non avere un'abitazione ma di avere un domicilio presso (indicare la/e persona/e presso cui il condannato potrebbe fruire della misura richiesta)
<i>Allegare la dichiarazione di disponibilità all'ospitalità</i> | |
| 3. Che dispone della seguente attività lavorativa (indicare quale e l'indirizzo) | |
| 4. Che dà la propria disponibilità a svolgere la seguente attività utile al reinserimento sociale (in caso di assenza di attività lavorativa): | |
| 5. Che partecipa alle seguenti attività trattamentali: di formazione / istruzione / perfezionamento / ecc. | |
| 6. Che è disponibile a svolgere la seguente attività di volontariato in ottica riparativa: | |
| 7. Che durante la fruizione della misura alternativa: | <input type="checkbox"/> dispongo di mezzi autonomi di sostentamento perché:

<input type="checkbox"/> vi è la disponibilità da parte di familiari / amici al sostentamento economico (Allegare la dichiarazione di disponibilità al sostentamento economico) |
| 8. Che fruisce di permessi premiali | |
| 9. Che non fruisce di permessi premiali perché: | <input type="checkbox"/> l'istanza è pendente
<input type="checkbox"/> l'istanza è stata rigettata
<input type="checkbox"/> l'istanza non è mai stata presentata |

10. Che fruisce di art. 21 O.P.:	<input type="checkbox"/> all'esterno del carcere <input type="checkbox"/> all'interno del carcere
11. Che ha pendente istanza di liberazione anticipata:	<input type="checkbox"/> con efficacia liberatoria <input type="checkbox"/> che comporterebbe l'ammissione ai benefici richiesti
12. Che ha pendente istanza di esecuzione presso il domicilio della pena ai sensi della legge 199/2010, presentata il:	
13. Che ha subito la revoca di precedenti misure alternative. Quando:	
14. Che si è reso responsabile del reato di evasione. Quando:	
15. Che ha già presentato al Tribunale di Sorveglianza non di Brescia (indicare quale) le seguenti istanze:	
16. Che, in caso di accoglimento della domanda, gli venga consentito di uscire di casa con i seguenti tempi e modalità:	per motivi lavorativi: (indicare città, provincia, regione e orari lavorativi)
per motivi personali e/o familiari:	
per motivi terapeutici e/o sanitari, essendo in cura presso:	
17. Solo nei casi di 47 quater O.P.: che ha in corso o intende intraprendere il seguente programma di cura / assistenza (specificare presso quale unità operativa): <i>Allegare la certificazione del servizio sanitario pubblico che attesti la sussistenza delle condizioni di salute e l'attuabilità del programma</i>	

Si allega, a cura dell'interessato:

- Dichiarazione di disponibilità all'ospitalità e al sostentamento economico della persona detenuta, con l'esatta indicazione del luogo ove verrà eseguita la misura alternativa

- Dichiarazione del datore di lavoro
- Stato di famiglia (anche autocertificazione)
- Certificazione del servizio sanitario pubblico che attesti la sussistenza delle condizioni di salute e l'attuabilità del programma (art. 47 quater)

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

Si allega, a cura dell'Area Trattamentale / Ufficio Matricola:

- Scheda di inizio osservazione
- Posizione giuridica
- Certificato penale
- Sentenza di condanna
- Relazione di sintesi e/o relazione comportamentale "allargata"
- Eventuali rapporti disciplinari

Difensore nominato

SÌ _____
Cognome Nome Foro

NO