



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

ISTANZE DI AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI O DI SOSPENSIONE
DELL'ESECUZIONE DELLA PENA DETENTIVA

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 _____ con posizione giuridica definitiva
attualmente detenuto presso _____

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

se SÌ, indicare giorno/mese/anno: _____

e perché ritiene di averla _____
espiata: _____

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 IN CASI PARTICOLARI**, - ART. 94 T.U. 309/90
(solo per condannati con problematiche di alcooldipendenza e/o tossicodipendenza accertate, con pene anche residue non superiori a sei anni di reclusione se relative a condanne non per reati di cui all'art. 4 bis O.P. o non superiori a 4 anni di reclusione se relative a condanne per reati di cui all'art. 4 bis O.P.)
- SOSPENSIONE ESECUZIONE PENA DETENTIVA**, - ART. 90 T.U. 309/90
(solo per condannati che abbiano già concluso positivamente un programma terapeutico)

Lo / la scrivente dichiara a sostegno dell'istanza di affidamento particolare (ART. 94 T.U. 309/90):

1. Di essere soggetto tossicodipendente e/o alcooldipendente
Allegare la certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza e la procedura di diagnosi
2. Di avere in corso un programma di recupero o che ad esso intende sottoporsi
Allegare la certificazione di idoneità del programma terapeutico
3. Che il programma di recupero è:

Ai sensi dell'art. Art. 94, 1° comma la parte ha l'obbligo, a pena di inammissibilità di **allegare** all'istanza la **certificazione**, da rilasciarsi a cura del servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata, attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche e l'idoneità, ai fini del recupero, del programma concordato

- di tipo ambulatoriale presso la ASL - SERT o SMI di (indicare la città di riferimento):
- di tipo residenziale presso la comunità terapeutica: (indicare la comunità e il luogo dove si trova):

Da compilare **solo** in caso di programma terapeutico di tipo **ambulatoriale**:

4. Di avere un domicilio presso (indicare la/e persona/e presso cui il condannato potrebbe fruire della misura alternativa):
Allegare la dichiarazione di disponibilità all'ospitalità
5. Che dispone della seguente attività lavorativa (indicare quale e l'indirizzo):
6. Che dà la propria disponibilità a svolgere la seguente attività utile al reinserimento sociale (in caso di assenza di attività lavorativa):
7. Che è disponibile a svolgere la seguente attività di volontariato in ottica riparativa:
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:	
per motivi personali e/o familiari:	
per motivi terapeutici e/o sanitari, essendo in cura presso:	

Lo / la scrivente dichiara a sostegno dell'istanza di sospensione dell'esecuzione della pena detentiva (art. 90 DPR 309/90):

1. Che ha già concluso positivamente un programma terapeutico
(art. 90 DPR 309/90, obbligatoria l'allegazione della certificazione del SERT o dello SMI):

Ai sensi dell'art. 91, 2° comma la parte ha l'obbligo, a pena di inammissibilità di **allegare** all'istanza la **certificazione**, da rilasciarsi a cura del servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata, attestante la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, il tipo di programma terapeutico e socio – riabilitativo scelto, l'indicazione della struttura ove il programma è stato eseguito, le modalità di realizzazione ed i risultati conseguiti a seguito del programma stesso.

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 di diagnosi dello stato di tossicodipendenza ed idoneità del programma terapeutico (artt. 90 e 94 DPR 309/90)
- Certificazione attestante la positiva conclusione di un programma terapeutico (solo per art. 90 DPR 309/90)

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

Si allega, a cura dell'Area Trattamento / 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