



MINISTERE DE LA JUSTICE
DEPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE
INSPECTION GENERALE POUR LA LOMBARDIE
DIRECTION DE LA MAISON DE DETENTION

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

DEMANDE DE MISE A L'EPREUVE DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIERES OU DE
SUSPENSION DE L'EXECUTION DE LA PEINE d'INCARCERATION

Au Tribunal de Surveillance de BRESCIA

Je soussigné/e

Nom et Prénom

[Empty box for name and surname]

Né/e à

[Empty box for birth location]

le

[Empty box for birth date]

(Municipalité/ Province)

(Date)

Résident à

(rue/place,n°, Ville, code postal)

[Empty box for residence address]

Déclare être actuellement en détention auprès de

[Empty box for current detention facility]

avec position juridique définitive

À la suite d'une condamnation pour les crimes suivants :

1) [] 4 bis O.P.

tels que :

[Empty box for crime description 1]

date de perpétration

[Empty box for date of crime 1]

lieu de perpétration

[Empty box for location of crime 1]

2) [] non 4 bis O.P.

tels que :

[Empty box for crime description 2]

date de perpétration

[Empty box for date of crime 2]

lieu de perpétration

[Empty box for location of crime 2]

À la peine infligée de :

années

[Empty box for years of sentence]

mois

[Empty box for months of sentence]

jours

[Empty box for days of sentence]

dont déjà purgés :

années

[Empty box for years of sentence served]

mois

[Empty box for months of sentence served]

jours

[Empty box for days of sentence served]

avoir purgé le/les crime/s prévus à l'art. 4 bis O.P. :

[] OUI

[] NON

avoir une peine résiduelle : années

[Empty box for residual sentence years]

mois

[Empty box for residual sentence months]

jours

[Empty box for residual sentence days]

fin de la peine :

[Empty box for end of sentence date]

DEMANDE

Concernant la peine en cours d'exécution, d'être admis à la mesure alternative suivante :

- MISE A L'EPREUVE DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIERES**, - ART. 94 T.U. 309/90 (exclusivement pour des condamnés ayant des problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie déclarés, pour des peines non supérieures à 6 ans de réclusion, même s'il s'agit de peine résiduelle, au cas où elles concerneraient des condamnations pour des crimes autres que ceux visés à l'art. 4 bis O.P. ou non supérieures à 4 ans de réclusions au cas où elles concerneraient des condamnations pour des crimes autres que ceux visés à l'art. 4 bis O.P.)
- SUSPENSION DE L'EXECUTION DE LA PEINE d'INCARCERATION**, - ART. 90 T.U. 309/90 (exclusivement pour les condamnés ayant déjà terminé un programme thérapeutique)

Je soussigné/e déclare, aux fins de la demande de mise à l'épreuve particulière (ART. 94 T.U. 309/90) :

Etre un sujet toxicomane et/ou alcoolique

Joindre obligatoirement le certificat attestant l'état de toxicomanie et la procédure de diagnostic

1. Avoir en cours un programme de désintoxication ou celui auquel on entend se soumettre

Joindre la certification d'idoneité du programme thérapeutique

2. Que le programme de désintoxication est :

Au titre de l'art. Art. 94, alinéa 1°, la partie est tenue, sous peine d'inadmissibilité, de joindre à la demande la **certification** délivrée par le service public pour les toxicomanies ou par une structure privée agréée, attestant l'état de toxicomanie ou d'alcoolisme, la procédure à travers laquelle a été confirmée la consommation habituelle de stupéfiants, psychotropes ou alcool de même que la capacité de désintoxication du programme convenu.

de type ambulatoire auprès de : ASL - SERT ou SMI de (indiquer la ville de référence) :

de type résidence, dans le cadre de la communauté thérapeutique : (indiquer la communauté et le lieu où l'on se trouve) :

A ne remplir qu'en cas de programme thérapeutique **en ambulatoire** :

3. Avoir un domicile auprès de (indiquer la/les personne/s auprès de laquelle/desquelles le condamné pourrait bénéficier de la détention à domicile. **Joindre la déclaration de disponibilité à héberger**

4. Exercer l'activité suivante : (indiquer laquelle et l'adresse) :

5. Garantir ma disponibilité à exercer les suivantes activités utiles à la réinsertion sociale (en cas d'absence d'activité de travail) :	
6. Garantir ma disponibilité à exercer la suivante activité de bénévolat dans une optique de réparation :	
7. Jouir de permissions prime	
8. Ne pas jouir de permissions prime étant donné que :	<input type="checkbox"/> la demande est pendante <input type="checkbox"/> la demande a été rejetée <input type="checkbox"/> la demande n'a jamais été présentée
9. Jouir de l'art. 21 O.P. :	<input type="checkbox"/> à l'extérieur de la prison <input type="checkbox"/> à l'intérieur de la prison
10. Avoir une demande pendante de libération anticipée :	<input type="checkbox"/> avec une efficacité libératoire <input type="checkbox"/> qui comporterait l'admission aux bénéfices requis
11. Avoir une demande pendante d'exécution près le domicile de la peine au titre de la loi 199/2010, présentée le :	
12. Avoir subi la révocation de mesures précédentes alternatives. Lorsque :	
13. M'être rendu responsable du crime d'évasion. Lorsque :	
14. Avoir déjà présenté au Tribunal de Surveillance - autre que celui de Brescia (indiquer lequel) - les demandes suivantes :	
15. Demande, en cas d'accueil favorable, être autorisé à sortir de la maison dans les cas et selon les temps et modalités :	<p data-bbox="549 1751 759 1818">pour des motifs de travail :</p> <p data-bbox="549 1836 769 1926">pour des motifs personnels et/ou de famille :</p> <p data-bbox="549 1944 778 2063">pour des motifs thérapeutiques et/ou de santé, étant sous traitement près :</p>

Je soussigné/e déclare, aux fins de la demande de suspension de l'exécution de la peine d'incarcération (art. 90 DPR 309/90) :

1. Avoir déjà conclu positivement un programme thérapeutique
(art. 90 DPR 309/90, joindre obligatoirement la certification du SERT ou du SMI) :

Au titre de l'art. 91, alinéa 2°, la partie est tenue, sous peine d'inadmissibilité, de joindre à la demande la **certification** délivrée par le service public pour les toxicomanies ou par une structure privée agréée, attestant la procédure à travers laquelle a été confirmée la consommation habituelle de stupéfiants ou de psychotropes, le type de programme thérapeutique et socio-réhabilitatif choisi, l'indication de la structure où le programme a été suivi, les modalités de réalisation et les résultats obtenus à la suite du programme.

L'intéressé produit ci-joint :

- Déclaration de disponibilité à l'hébergement et au soutien économique du détenu, avec indication exacte du lieu où la mesure alternative aura lieu
- Déclaration de l'employeur
- Livret de famille (même par auto-certification)
- Certification du diagnostic de l'état de toxicomanie et idonéité du programme thérapeutique (arts. 90 et 94 DPR 309/90)
- Certification attestant la conclusion positive d'un programme thérapeutique (exclusivement pour l'art. 90 DPR 309/90)

.....
(lieu et date)

.....
(signé)

Le Département / Bureau Matricules produit ci-joint :

- Fiche de début d'observation
- Position juridique
- Certificat pénal
- Arrêt de condamnation
- Rapport de synthèse et/ou rapport comportemental "approfondi"
- Rapports disciplinaires éventuels

Défenseur nommé

OUI _____

Nom Prénom Tribunal de

NON