

**RICHIESTA CONCESSIONE DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE**

Art. 656 c.p.p.

Esecuzione penale n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SIEP

**Al Tribunale di Sorveglianza di Sassari  
tramite la  
Procura della Repubblica presso il Tribunale di Tempio Pausania**

**SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Loc. \_\_\_\_\_  
o domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
dove intende ricevere le relative comunicazioni<sup>1</sup>,  
telefono \_\_\_\_\_

Sentenza n. \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter espriare la pena detentiva, secondo quanto previsto dagli artt. 47 e seg. della legge 26 luglio 1975, n. 354 Norme sull'ordinamento penitenziario, in regime di:

- affidamento in prova al servizio sociale (art. 47 O.P.)
- detenzione domiciliare (art. 47 ter O.P.)
- sospensione esecuzione pena detentiva, ex art. 90 T.U. 309/90
- semilibertà (art. 50 O.P.)
- affidamento in prova in casi particolari (art. 94 D.P.R. 309/90). In caso di dipendenza da alcool o stupefacenti è obbligatorio indicare ed allegare quanto previsto dall'art. 94 D.P.R. 309/1990.

**DICHIARA**

- di svolgere la seguente attività lavorativa: \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- di seguire l'allegato programma terapeutico: \_\_\_\_\_
- di svolgere la seguente attività utile al reinserimento sociale: \_\_\_\_\_
- di effettuare la seguente attività di formazione/istruzione/perfezionamento: \_\_\_\_\_
- di svolgere la seguente attività di volontariato: \_\_\_\_\_
- di trovarsi nelle condizioni soggettive di cui all'art. 47ter, comma 1 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Ai sensi dell'art. 677 comma 2 bis, "il condannato non detenuto ha l'obbligo, a pena di inammissibilità, di fare la dichiarazione o l'elezione di domicilio con la domanda con la quale chiede una misura alternativa alla detenzione. Ha altresì l'obbligo di comunicare ogni mutamento del domicilio dichiarato o eletto".**

- donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci, con lei convivente
- padre, esercente la responsabilità genitoriale, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta, o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole
- persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali
- persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente
- persona minore degli anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia

**Allega la seguente documentazione:**

- Ordine di esecuzione con contestuale decreto di sospensione
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Tempio Pausania, \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

La richiesta può essere presentata anche tramite un delegato. In questo caso allegare alla domanda, oltre alla fotocopia del documento di riconoscimento dell'interessato, anche il conferimento della delega.

**PRIMA DI CONSEGNARE IL MODULO CONTROLLARE DI AVERLO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E DI AVER ALLEGATO TUTTI I DOCUMENTI**