



FECHA: ___/___/_____

FORMULARIO PARA LA INCORPORACION AL PROGRAMA

A. TIPO DE SOLICITUD	
A.1	MOTIVO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA CONFORME A LA RESOLUCION MJDH N° 808/2016 (MARQUE UNA X)
	Mujeres embarazadas
	Madres de niños menores de CINCO (5) años o de una persona con discapacidad, a su cargo
	Madres de niños entre CINCO (5) y DIEZ (10) años, siempre que la autoridad judicial competente considere razonable otorgar el arresto domiciliario como excepción a lo previsto normativamente
	Interno/a que padezca una enfermedad incurable en periodo terminal
	Interno/a enfermo/a, cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario
	Interno/a discapacitado/a, cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición, implicándole un trato indigno, inhumano o cruel
	Interno/a mayor de SETENTA (70) años
	Interno/a que haya sido considerado por el organismo técnico-criminológico como de baja peligrosidad y/o se encuentre transitando el último tercio de su condena -cuando otro beneficio le hubiere sido denegado-, siempre que la autoridad judicial competente considere razonable otorgar el arresto domiciliario como excepción a lo previsto normativamente
	Interno/a perteneciente al colectivo LGBT
	Otros casos considerados por los jueces intervinientes
B. DATOS DE LA CAUSA	
B.1	JUZGADO/TRIBUNAL SOLICITANTE
B.2	N° DE CAUSA
B.3	CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO
B.4	TELEFONO DE CONTACTO
B.5	SITUACION PROCESAL (PROCESADO, CONDENADO)
B.6	APELLIDO Y NOMBRE DEL DEFENSOR
B.7	CORREO ELECTRONICO DEL DEFENSOR



DIRECCION NACIONAL DE READAPTACION SOCIAL
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PERSONAS BAJO VIGILANCIA ELECTRÓNICA

B.8	TELEFONO DEL DEFENSOR	
B.9	DELITO	
B.10	UNIDAD DE DETENCION	
C. DATOS DE LA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD		
C.1	APELLIDO Y NOMBRE	
C.2	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
C.3	NACIONALIDAD	
C.4	DIRECCION DONDE CUMPLIRÁ EL ARRESTO DOMICILIARIO	
C.5	PROVINCIA	
C.6	LOCALIDAD	
C.7	BARRIO	
D. DATOS DEL REFERENTE <i>(Persona con la cual se coordinara la visita al domicilio donde se cumplirá el arresto domiciliario a fin de realizar el informe de viabilidad)</i>		
D.1	APELLIDO Y NOMBRE DEL REFERENTE	
D.2	TIPO DE VINCULO CON EL REFERENTE	
D.3	TEL DE CONTACTO DEL REFERENTE	

SE DEBE ADJUNTAR LA RESOLUCION Y/O DECRETO QUE SOLICITA LA INCORPORACION AL PROGRAMA

FIRMA: