

## Al Tribunale di Varese

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

(indicare grado di parentela con il detenuto)

**chiede**

- autorizzazione a un colloquio visivo
- autorizzazione a colloqui visivi permanenti
- autorizzazione a colloqui telefonici

**CON IL DETENUTO** \_\_\_\_\_

(specificare nome e data di nascita)

Varese, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)



**TRIBUNALE DI VARESE**

tel. 0332.298531 - fax 0332.298750

n. \_\_\_\_\_ rg. \_\_\_\_\_

ALLA DIREZIONE DELLA CASA CIRCONDARIALE DI \_\_\_\_\_

Il Tribunale, vista la richiesta sopra estesa

**AUTORIZZA QUANTO RICHIESTO**

Varese, \_\_\_\_\_

**IL GIUDICE / IL PRESIDENTE DEL COLLEGIO**