

Начальнику _____

(назва установи виконання покарань)

від _____
(ПІБ засудженого)

Рік народження: _____

Камера / відділення: _____

ЗАЯВА

щодо перевірки підстав та порядку застосування кайданок

Я засуджений до покарання у виді довічного позбавлення волі та відбуваю покарання у:

(назва установи)

Під час мого виведення з камери та/або переміщення територією установи до мене застосовуються кайданки.

Відповідно до Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань при виведенні з камер або переміщенні територією установи кайданки застосовуються до чоловіків, засуджених до довічного позбавлення волі, які тримаються у приміщеннях камерного типу та схильні до втечі, захоплення заручників або нападу на адміністрацію. При застосуванні кайданок мають враховуватися фізичні вади та стан здоров'я засудженого.

У зв'язку з цим прошу перевірити наявність передбачених законодавством підстав для застосування кайданок саме до мене.

Відомі мені обставини:

- ☐ мені не повідомлено, з яких конкретно підстав до мене застосовуються кайданки;
- ☐ мені не відомо про віднесення мене до осіб, схильних до втечі, захоплення заручників або нападу на адміністрацію;
- ☐ обставини, які раніше могли бути підставою для застосування до мене посиленних заходів безпеки, змінилися;
- ☐ при застосуванні кайданок не враховується стан мого здоров'я або наявні фізичні вади;
- ☐ застосування кайданок спричиняє мені біль, ушкодження або істотне погіршення стану здоров'я;
- ☐ інше:

_____.

Прошу:

1. Перевірити наявність законних та фактичних підстав для застосування до мене кайданок при виведенні з камери та переміщенні територією установи.
2. Повідомити, чи віднесено мене до осіб, схильних до втечі, захоплення заручників або нападу на адміністрацію, та яка саме обставина є підставою для застосування до мене кайданок.
3. У разі наявності відповідного рішення або документа надати мені можливість ознайомитися з ним у частині, що безпосередньо стосується мене та доступ до якої не обмежений законом.
4. Перевірити актуальність обставин, на підставі яких до мене застосовуються кайданки.
5. Забезпечити обов'язкове врахування моїх фізичних вад та стану здоров'я під час вирішення питання про застосування кайданок.
6. У разі відсутності передбачених законодавством підстав припинити застосування до мене кайданок при виведенні з камери та переміщенні територією установи.
7. Письмово повідомити мене про результати розгляду цієї заяви та правові підстави прийнятого рішення.

За наявності додаю:

☐ медичні документи;

☐ копії попередніх заяв та відповідей;

☐ інші документи:

_____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____