

**WITHDRAWAL OF APPLICATION
FOR REVIEW OF SENTENCE**

JD-CR-171 New 4-15
C.G.S. §§ 51-194 through 51-197

STATE OF CONNECTICUT
SUPERIOR COURT
SENTENCE REVIEW DIVISION
www.jud.ct.gov



Inmate Name	Inmate number
-------------	---------------

Name and Judicial District of Sentencing Court
--

Docket Number(s) of all cases in my Application for Review of Sentence

I withdraw my Application for Review of the sentence imposed in the case(s) listed above.

I understand fully that, if the court grants the withdrawal of my Application for Review of my sentence, **I will NOT be allowed to file another Application for Review of any sentence** already imposed in the case(s) listed above, and I am saying that **I DO NOT WANT THE CASE(S) IN MY APPLICATION FOR REVIEW OF SENTENCE TO BE HEARD** by the Sentence Review Division of the Superior Court

Signature of Inmate	Inmate Number	Date
Location: <input type="checkbox"/> Middletown, CT, Courtroom 3A <input type="checkbox"/> Other _____		

WITNESS STATEMENT:

I acknowledge that the inmate listed above voluntarily signed this Withdrawal of Application for Review of Sentence.

SIGNED (Commissioner of the Superior Court/Corrections Official)	Date	Title
Printed Name		

ADA NOTICE
The Judicial Branch of the State of Connecticut complies with the Americans with Disabilities Act (ADA). If you need a reasonable accommodation in accordance with the ADA, contact a court clerk or an ADA contact person listed at www.jud.ct.gov/ADA.

RETIRO DE LA SOLICITUD DE REVISIÓN DE SENTENCIA

JD-CR-171S New 4-15
C.G.S. §§ 51-194 through 51-197

ESTADO DE CONNECTICUT
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
DIRECCIÓN DE REVISIÓN DE PENAS
www.jud.ct.gov



Nombre del recluso	Número de identidad del recluso
[Redacted]	[Redacted]
Nombre y Distrito Judicial del Tribunal Sentenciador	
[Redacted]	
Números de expediente de todos los casos incluidos en mi solicitud de revisión de pena	
[Redacted]	

Retiro mi solicitud de revisión de la pena impuesta en cada uno de los casos enumerados arriba.

Entiendo plenamente que **No se me permite presentar otra solicitud para la revisión de ninguna pena** que haya sido impuesta en lo relativo a alguna causa arriba mencionada, e indico que **NO DESEO QUE SE ME DE AUDIENCIA SOBRE LOS CASOS INCLUIDOS EN MI SOLICITUD DE REVISIÓN DE PENA** por la Dirección de Revisión de Penas del Tribunal de Primera Instancia

Firma del recluso	Número de identidad del recluso	Fecha
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Ubicación:		
<input checked="" type="checkbox"/> Middletown, CT, Sala 3A	<input type="checkbox"/> Otra	[Redacted]

DECLARACIÓN DE TESTIGO:

Reconozco que el recluso arriba nombrado firmó de manera voluntaria el retiro de la solicitud de revisión de sentencia.

FIRMA (Comisionado del Tribunal de Primera Instancia/Funcionario del Régimen Penitenciario)	Fecha	Cargo
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Nombre en letra de molde		
[Redacted]		

AVISO DE LA LEY ADA
La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con un funcionario de la Secretaría o algún delegado de ADA cuyos nombres aparecen en la página Web: www.jud.ct.gov/ADA.