



REQUERIMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

	N.º DE CONTRIBUINTE			
NOME				
MORADA / SEDE				
CÓDIGO POSTAL			FREGUESIA	
TELEFONE		FAX	TELEMÓVEL	
DATA DE NASCIMENTO		PROFISSÃO		C.A.E.
ESTADO CIVIL		E-MAIL		
B.I./ CARTÃO DE CIDADÃO		DATA EMISSÃO/ VALIDADE	ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO	

Objecto do Requerimento

Comunica-se a V Ex.^a que nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do DL n.º 48/96 de 15 de Maio, que o estabelecimento comercial sito em ^(a):

Com a designação de ^(b): _____

Irá praticar o seguinte horário: Abertura: ____ : ____ horas Encerramento: ____ : ____ horas

Horário de Almoço das: ____ : ____ às ____ : ____ horas

Horário aos Sábados das: ____ : ____ às ____ : ____ horas

O estabelecimento encerra no(a): _____

OBS: _____

Documentos necessários:

- Fotocópia da licença de Utilização ou Alvará.

PEDE DEFERIMENTO,

REQUERIDO POR,

AOS ____ / ____ / ____

(a) INDICAR A MORADA COMPLETA
(b) DESIGNAÇÃO COMERCIAL

ENTRADA		
A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	ENTRADA N.º	
	DATA	
	REQUERIMENTO	
	PROCESSO	
	A/O FUNCIONÁRIA/O	
MODELO.CMP.051/01		

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	A PREENCHER PELOS SERVIÇOS