



Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal do Sabugal

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

N.º de Contribuinte: Tipo *i*: Na qualidade de *ii*:

Representado por:

Morada *iii*: Localidade:

Código Postal: -

Contacto preferencial: Segundo contacto: Fax:

Email:

Cartão do Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte N.º

Válido até: (aaaa/mm/dd)

ASSUNTO

Vem requerer para o estabelecimento comercial abaixo identificado:

Designação Comercial do Estabelecimento:

Ramo de actividade: CAE:

Morada: Código Postal: -

Alvará de Utilização:

- Concessão de Horário de Funcionamento de Estabelecimento Comercial
 Alargamento de Horário de Funcionamento de Estabelecimento Comercial
 Alteração / Averbamento de Horário de Funcionamento de Estabelecimento Comercial
 Cancelamento do Horário de Funcionamento de Estabelecimento Comercial

Documentos a anexar ao requerimento:

- Cópia da Licença de Utilização Contrato de arrendamento, quando o requerente é o locatário
 Documento Comprovativo da Titularidade do Estabelecimento Cópia do Alvará Sanitário Declaração Prévia
 Constituição da Sociedade, quando se verificar Declaração de início de actividade ou IRS

i - S - Pessoa Singular; C - Pessoa Colectiva; I - Isento; P - Público

ii - Indicar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para formalizar o procedimento

iii - Morada para a qual será endereçada toda a correspondência

	Abertura		Fecho		Encerramento para Almoço			
Segunda		h		h		h		h
Terça		h		h		h		h
Quarta		h		h		h		h
Quinta		h		h		h		h
Sexta		h		h		h		h
Sábado		h		h		h		h
Domingo		h		h		h		h

Dias de encerramento semanal:

- Segunda-Feira
 Terça-Feira
 Quarta-Feira
 Quinta-Feira
 Sexta-Feira
 Sábado
 Domingo

Justificação do Pedido:

Data: (aaaa/mm/dd)

Pede Deferimento
O(A) Requerente