



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