

REQUERIMENTO PARA EMISSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

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

Objecto do Requerimento

Requer a V. Exa. autorização para

- Emissão
 - Substituição

de Horário de Funcionamento do estabelecimento comercial sito em ^(a): _____

com a designação de ^(b): _____

tendo como Ramo de Actividade: _____

Horário pretendido: 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 de Alvará de licenciamento sanitário, devidamente actualizado
 - Fotocópia de Prova de propriedade (Proprietário)
 - Fotocópia de Contrato de Arrendamento, devidamente visado pela Repartição de Finanças (Explorador)
 - Horário de Funcionamento (Original)

PEDE DEFERIMENTO,

O REQUERENTE,

AOS ____ / ____ / ____

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

ENTRADA		
A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	ENTRADA N.º	
	DATA	
	REQUERIMENTO	
	PROCESSO	
	O FUNCIONÁRIO	
MOD HF_01		

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