



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESOLUÇÃO

REQUERIMENTO

EXM.º SENHOR

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE ALVAIÁZERE

Nº. _____ Liv.º _____

Proc Nº. _____

Em ____ de _____ de 20 ____

O Funcionário

Nome _____

residente em _____

código postal _____, freguesia de _____,

município de _____, telefone nº _____, contribuinte fiscal nº _____,

portador do Bilhete de Identidade nº _____ emitido

em ___/___/_____ pelo Serviço de Identificação de _____, vem na qualidade de

• proprietário/arrendatário do estabelecimento denominado _____

_____, onde exerce a actividade de _____ sito em

_____, freguesia de _____,

concelho de _____, requer a V. Ex.^a autorização para praticar o

seguinte horário de funcionamento:

Abertura: _____ horas

Encerramento: _____ horas

Período de almoço das _____ às _____ horas

Encerramento semanal: _____

Para o efeito junta:

- Fotocópia da licença de utilização do estabelecimento em causa

Pede Deferimento

Alvaiázere, _____ de _____ de _____

O requerente

• Riscar o que não interessa