

DESPACHO	ENTRADA
	ENTRADA N.º _____ DATA _____ GUIA N.º _____ PROCESSO _____ O FUNCIONÁRIO _____ _____

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de S. João da Pesqueira

	CONTRIBUINTE N.º	_____
NOME	_____	
MORADA	_____	
CÓDIGO POSTAL	FREGUESIA	_____
TELEFONE	FAX	TELEM. _____
E-MAIL	C.A.E.	_____
B.I. / N.º ID CIVIL	DATA VALIDADE	_____

Objecto do Requerimento

Vem requerer a V. Ex.^a _____ para o estabelecimento de _____
 sito em _____ freguesia de _____

De _____ - feira a _____ - feira

Abertura às _____ : _____ horas Encerramento às _____ : _____ horas

Período de Almoço _____ : _____ Horas às _____ : _____ horas

Sábado

Abertura às _____ : _____ horas Encerramento às _____ : _____ horas

Período de Almoço _____ : _____ horas às _____ : _____ horas

Domingo

Abertura às _____ : _____ horas Encerramento às _____ : _____ horas

Encerramento Semanal: _____

Período de Vigência de: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Fundamentação (Alargamento de Horário)

O REQUERENTE,
