

# HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Exmo. Sr.  
Presidente da Câmara Municipal de Pinhel

## IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

N.º de Contribuinte:  Tipo:  Na qualidade de :

de:

Morada:

Código Postal:  Freguesia:

Concelho:  E-mail:

Telefone:  Telemóvel:  Fax:

Documento de Identificação:  N.º

Válido até:

*Vem requerer para o estabelecimento comercial abaixo identificado:*

Designação Comercial do estabelecimento:

Ramo de atividade:

CAE:

Morada:  Código Postal:

Alvará de utilização N.º:

Comunicação do Horário  Alargamento de Horário  Redução de Horário

Dia(s) e hora(s) do alargamento/redução do Horário:

**Documentos a anexar ao requerimento:**

- Cópia da certidão de registo emitida á menos de uma ano;
- Cópia do alvará / autorização de utilização;
- Horário de funcionamento (entregar o original, caso o requerente seja titular de um horário);
- Cópia do comprovativo de entrega na Direcção Geral das Actividades Económicas, da Declaração de Instalação, Modificação e de Encerramento dos Estabelecimentos Comerciais e de Serviços (DL 259/07, 17 de Julho) ou da Declaração de Instalação , Modificação e de Encerramento dos Estabelecimentos de Restauração e Bebidas (DL 234/07, 19 de Junho); no caso de estabelecimentos com licenciamento específicos.

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

	Abertura		Fecho		Encerramento para Almoço					
Seg.		h		h		h			h	
Ter.		h		h		h			h	
Qua.		h		h		h			h	
Qui.		h		h		h			h	
Sex.		h		h		h			h	
Sáb.		h		h		h			h	
Dom.		h		h		h			h	

Dia de encerramento semanal:

Nº de pessoas ao serviço

Data:

/ /

Pede Deferimento

O(A) Requerente,