



Câmara Municipal de Viana do Castelo

Horário de Funcionamento de Estabelecimento Alargamento Excecional

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Viana do Castelo

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____, contribuinte fiscal nº _____,
residente no Lugar/Rua _____, da freguesia de _____,
concelho de _____, código Postal _____, localidade _____,
com o telefone _____, telemóvel _____, E-mail _____,
titular B.I. / Cartão Cidadão nº. _____, emitido em / data de validade ____ de _____ de _____.

PRETENSÃO

Na qualidade de _____, de um estabelecimento comercial destinado a _____,
denominado _____,
e localizado em/na _____, freguesia de _____,
deste mesmo concelho, vem requerer a V. Ex^a autorização para alargamento do horário de funcionamento com **caráter pontual**, para que no próximo dia(s) _____ de _____, possa estar em funcionamento entre as _____ horas e as _____.

Fundamentada a sua pretensão no facto de:

DATA E ASSINATURA

Declaro, sob compromisso de honra, que respeito os requisitos constantes no n.º 4 do art. 11º do R.M.H.F.E.C.P.S.

Pede deferimento, Viana do Castelo, _____, O Requerente,

ELEMENTOS QUE DEVEM ACOMPANHAR O PEDIDO

Assinalar no quadrado em branco os elementos apresentados com o requerimento.

Alvará licença de utilização

Nota: A entrada do pedido deverá contar com 5 dias úteis de antecedência