

Ex.mo Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Lousada

COMUNICAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS

		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	

Com estabelecimento comercial de _____,
denominado _____,
sito em _____, freguesia de _____,
código postal: ____/____ _____, sendo explorado por _____,
_____ vem nos termos do n.º 2 do Art.º 9.º do Regulamento de Horários de
Funcionamento dos Estabelecimentos Comerciais da Câmara Municipal de Lousada, comunicar a V. Ex.ª que pretende
adoptar, para o estabelecimento em causa, o seguinte horário de funcionamento:

Abertura-----H _____
Encerramento-----H _____
Sábados-----das ____ H ____ às ____ H ____
Encerramento no
Período de almoço-----H ____ às ____ H ____
Encerramento Semanal ao(s) _____

Data: ____/____/201____ Assinatura:

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

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PREENCHER PELOS SERVIÇOS