

Exmo. Senhor

**Presidente da Câmara Municipal de
Figueira de Castelo Rodrigo**

Assunto: Pedido de Alargamento/Restrição de Horário de Funcionamento

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome/Designação: _____
Morada/Sede: _____
Freguesia: _____ Código Postal: _____ - _____
N.º de Bilhete de Identidade: _____ N.º de Identificação Fiscal: _____
N.º de Telefone: _____ N.º de Fax: _____ E-Mail: _____
Na qualidade de: Proprietário Arrendatário Usufrutuário Mandatário Titular do direito de uso e habitação Outro _____

2 CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento: _____ Atividade: _____
Local: _____
Licença de Utilização N.º: _____, emitido em, _____ de _____ de _____

3 OBJECTO DO REQUERIMENTO

Vem requerer a V. Ex.ª, nos termos dos artigos 9º e 10º do Regulamento Municipal, dos Horários de Funcionamento dos Estabelecimentos Comerciais, que lhe seja autorizado o **Alargamento do Horário de Funcionamento** para o estabelecimento supra citado, até às _____ horas, no(s) dia(s) _____, do mês de _____ para a realização de _____

4 DOCUMENTOS A ANEXAR

- Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão;
 N.º de Identificação Fiscal;
 Licença de Utilização do Estabelecimento;

Figueira de Castelo Rodrigo, ____ de _____ de 20__.

Pede deferimento, o(a) requerente,

ESPAÇO RESERVADO AOS SERVIÇOS MUNICIPAIS	
Informação	Despacho:
O pedido <input type="checkbox"/> está / <input type="checkbox"/> não está em condições de ser deferido. À consideração superior. Em ____ / ____ /20__ A Assistente Técnica _____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido conforme a informação. Em ____ / ____ /20__ O Presidente da Câmara, _____

