

N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Proc. N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

O Funcionário

**EXM.º SENHOR****PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE BENAVENTE****ASSUNTO: \*COMUNICAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO\***

1. REQUERENTE
Nome/Designação a)..... B.I. /Cartão de Pessoa Colectiva n.º ..... emitido por ..... em ..... / ..... / ..... Válido até ..... / ..... / ..... N.º de Contribuinte ..... Domicílio/Sede ..... Código Postal ..... Localidade ..... Telefone n.º ..... Fax n.º ..... E – mail ..... Representada por ..... B.I n.º ..... emitido por ..... em ...../...../..... Válido até ...../...../..... a) Preencha de forma legível e sem abreviaturas

2. EXPOSIÇÃO DO PEDIDO
Vem nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 2 do art.º 5º do Decreto-Lei 48/96 de 15 de Maio, comunicar a V. Ex.ª que adoptou o seguinte horário para o seu estabelecimento comercial de ..... detentor da Licença de Utilização de a) ..... n.º .....: <p style="text-align: center;"><b>Horário adoptado:</b></p> Abertura .....  ____ ,  ____  Horas Encerramento p/ almoço .....  ____ ,  ____  Horas Reabertura após o almoço .....  ____ ,  ____  Horas Encerramento .....  ____ ,  ____  Horas Encerramento semanal ..... <p><b>Pretende emissão do mapa de horário?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> a) Se aplicável

3. ANEXOS
<input type="checkbox"/> .....

PEDE DEFERIMENTO
Assinatura a) .....Benavente..... / ..... / ..... a) Se representante, deverá juntar documento habilitante ou reconhecer a qualidade e poderes para representar