



## HORÁRIO DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS

EXMO SR.

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CHAVES

\_\_\_\_\_

(Nome ou Firma) \_\_\_\_\_,  
com residência / sede em \_\_\_\_\_,  
contribuinte nº. \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ do estabelecimento  
de \_\_\_\_\_, denominado \_\_\_\_\_,  
sito em<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ e de acordo com o **REGULAMENTO DE  
FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DO MUNICIPIO DE CHAVES**, vem muito  
respeitosamente solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização do seguinte horário:

### DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA

ABERTURA ÀS \_\_\_\_\_ ENCERRAMENTO ÀS \_\_\_\_\_

ENCERRAMENTO INTERMÉDIO: DAS \_\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_

### Ao SÁBADO

ABERTURA ÀS \_\_\_\_\_ ENCERRAMENTO ÀS \_\_\_\_\_

ENCERRAMENTO INTERMÉDIO: DAS \_\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_

ENCERRAMENTO SEMANAL \_\_\_\_\_

Pede deferimento,

Chaves, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Documentação necessária:

BI

NIF

Licença de Utilização/ Contrato de Arrendamento (se não for proprietário)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicar a qualidade em que requer: Proprietário/Arrendatário ou outro