



**HORÁRIO DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS
- RESTAURAÇÃO E BEBIDAS -**

EXMO SR.

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CHAVES

(Nome ou Firma) _____,
com residência / sede em _____,
contribuinte nº. _____, na qualidade de¹ _____ do estabelecimento
de _____, denominado _____
sito em _____ e de acordo com o
REGULAMENTO DE FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DO MUNICÍPIO DE CHAVES, vem
muito respeitosamente solicitar a V. Ex.^a a autorização do seguinte horário:

(RESTAURAÇÃO OU BEBIDAS)

DE SEGUNDA A DOMINGO

ABERTURA ÀS _____ ENCERRAMENTO ÀS _____

AO SÁBADO E VÉSPERA DE FERIADOS OU DIAS SANTOS

ABERTURA ÀS _____ ENCERRAMENTO ÀS _____

ENCERRAMENTO SEMANAL _____

Pede deferimento,

Chaves, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____

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



**HORÁRIO DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS
- RESTAURAÇÃO E BEBIDAS -**

Documentação necessária:

BI

NIF

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