

FEIRA DE ALBERGARIA-A-VELHA
AVERBAMENTO DO TITULAR DO LOCAL DE VENDA

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Albergaria-a-Velha,

1. REQUERENTES			
N.I.F. N.º*:	Nome do requerente (singular)*:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Documento de identificação tipo*:	Número*:	Emissor*:	Válido até*:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morada*:			
<input type="text"/>			
Localidade*:		Freguesia*:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Código postal*:	Município*:	País de residência*:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Qualidade*:	Outra qualidade*:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefone:	Telemóvel:	Fax:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Preenchimento obrigatório			

2. OBJETO DO REQUERIMENTO
Vem requerer, nos termos legais, o averbamento do titular do local de venda:
Local de venda atual:
<input type="text"/>
Pertencente a:
<input type="text"/>
Possuidor do cartão de feirante n.º: <input type="text"/>
Sendo o requerente titular do cartão de feirante n.º: <input type="text"/>
Devido a:
<input type="text"/>

3. DOCUMENTAÇÃO
<input type="checkbox"/> Pessoa singular – documento de identificação civil e número de identificação fiscal
<input type="checkbox"/> Pessoa coletiva – Certidão da Conservatória do Registo Comercial / Cartão de Identificação de Pessoa Coletiva e Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão ou outro dos representantes da requerente
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito, caso se trate de averbamento por herança
<input type="checkbox"/> Habilitação dos herdeiros, caso se trate de averbamento por herança
<input type="checkbox"/> Atestado médico, caso se trate de averbamento por invalidez ou incapacidade

<input type="checkbox"/>	Cartão de feirante do requerente
<input type="checkbox"/>	Cartaz de concessão de lugar
<input type="checkbox"/>	Outro(s): <input type="text"/>

4. ENTREGA	
Pede deferimento,	
Albergaria-a-Velha	O Requerente,
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. CONFORMIDADE (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)	
<input type="checkbox"/> Processo conforme	<input type="checkbox"/> Processo NÃO conforme

6. DESPACHO (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)	
DESPACHO	
<input type="text"/>	
Data do despacho	O Presidente da Câmara Municipal,
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. PAGAMENTO (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)		
Guia n.º:	Data:	O funcionário,
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>