



CERTIDÃO DE LOCALIZAÇÃO DE FARMÁCIA/ESCOLA DE CONDUÇÃO

Reg. n.º _____ Data ____/____/____ Funcionário _____	Despacho:
--	-----------

Exma. Senhora Presidente da Câmara Municipal de Portalegre

Identificação do Requerente (Preencher com letra maiúscula)

Nome _____
Morada/Sede _____ n.º _____, _____ (andar)
Freguesia _____ Código Postal _____ - _____
Concelho de _____ Telefone _____ Telemóvel _____
Fax _____ N.º de Identificação Fiscal _____,
 Bilhete de Identidade Cartão do Cidadão n.º _____,
E-Mail _____

Requer a V. Ex.^a certidão onde conste que relativamente ao prédio, sito na Rua _____, n.º _____, Freguesia de _____, deste Concelho, não existe qualquer, Farmácia num raio de 350m; Extensão de Saúde num raio de 100m; Escola de Condução num raio de 500m.

Portalegre, _____ de _____ de _____

Pede deferimento,

O Requerente,

 Bilhete de Identidade Cartão do Cidadão N.º _____

Conferi os dados do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão.

O Funcionário, _____, em ____/____/____

Pago pela Guia de receita n.º _____, emitida em ____/____/____

Para o efeito, junta os seguintes elementos, conforme o objecto do pedido:

Planta de Localização.

Notas: