

Exmº Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Vale de Cambra

PEDIDO DE VERIFICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO			
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
Nome/Designação			
Residência/Sede			
Freguesia		Município	
Código Postal		Localidade	
B.I. / C.C. n.º		E-mail	
Válido até		Telemóvel/Telefone	
Contribuinte n.º			
Representada por:			
B.I. / C.C. n.º		Válido até	
Prédio Inscrito na matriz n.º _____ Freguesia de _____			

Pede deferimento,

Assinatura _____

Vale de Cambra, _____ de _____ de _____

DATA E HORA DA VERIFICAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO
A PREENCHER PELO SAM

INFORMAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO
A PREENCHER PELA FISCALIZAÇÃO