



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º _____ (1) Serviço de Segurança Social
Ano _____

Substitui a licença n.º _____
Ano _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento _____

Localização do estabelecimento _____

Localidade _____

Código postal _____ - _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo _____

Morada _____

Localidade _____

Código postal _____ - _____

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de _____ (_____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

ano | mês | dia _____
Assinatura e carimbo

(1) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei