

SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 03/2015 (*)

REGIME DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO
DE ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

1. Identificação do estabelecimento

Denominação do estabelecimento **CASA DO PROFESSOR**

Localização do estabelecimento **Avenida Central, 106-110**

C. Postal **4710-229** Localidade **Braga**

Distrito **Braga** Concelho **Braga** Freguesia **S. Lázaro**

Telefone **253609250** Fax **253609259** e-mail **geral@casadoprofessor.pt**

2. Identificação da entidade gestora

Nome completo **CASA DO PROFESSOR**

Morada **Avenida Central, 106-110**

C. Postal **4710-229** Localidade **Braga**

3. Atividade exercida no estabelecimento

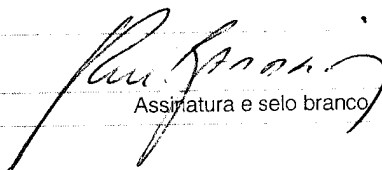
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

4. Lotação máxima

O estabelecimento pode abranger o número máximo de **40 (quarenta) utentes.**

5. Emissão

Data 3 13 2015


Assinatura e selo branco

(*) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março.

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJETO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL.
PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORREÇÃO.
AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI