



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 11 | 2 0 1 6 | Centro Distrital de Coimbra (1)
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento E X P E R I M E N T A P R E N D E R

Localização do estabelecimento R U A N O V A C A S A L D O S V A G A R E S N.º
2 5 R C H D T O

Localidade C O I M B R A

Código postal 3 0 3 0 - 1 4 1 C O I M B R A

Distrito Coimbra Concelho Coimbra Freguesia Santo António dos Olivais

Telemóvel / Telefone 239093345 Fax _____ E-mail experimentaprender@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo E X P E R I M E N T A P R E N D E R , U N I P E S S O A L , L D A

Morada R U A N O V A C A S A L D O S V A G A R E S N.º 2 5 R C H D T

Localidade C O I M B R A

Código postal 3 0 3 0 - 1 4 1 C O I M B R A

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

CATL - Centro de Atividades de Tempos Livres

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 19 (dezanove utentes) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2016 | 07 | 12
ano mês dia

Ramiro Miranda
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 constantes deste documento são registados no Sistema de Informação 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.