



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 23 | 2 0 1 6 | CENTRO DISTRIAL DO PORTO
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento A | S | S | O | C | I | A | Ç | ã | O | V | I | V | E | R | A | L | F | E | N | A |

Localização do estabelecimento A | l | f | e | n | a |

Localidade A | l | f | e | n | a |

Código postal 4 | 4 | 4 | 5 | - 1 | 5 | 0 | V | a | l | o | n | g | o |

Distrito Porto Concelho Porto Freguesia Alfena

Telemóvel / Telefone 229 683 612 Fax _____ E-mail presidente@ava-ipss.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo A | S | S | O | C | I | A | Ç | ã | O | V | I | V | E | R | A | L | F | E | N | A |

Morada R | u | a | d | e | S | | V | i | c | e | n | t | e | , | 1 | 9 | 2 | 1 |

Localidade A | l | f | e | n | a |

Código postal 4 | 4 | 4 | 5 | - 2 | 1 | 0 | V | a | l | o | n | g | o |

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 60 (sessenta) _____ | utentes.
[por extenso]

6 EMISSÃO

2 0 1 6 | 0 8 | 1 9
ano mês dia

_____ *Flávia Lúcia* _____
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.

