



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 04 | 2 0 1 8 | Centro Distrital de Faro (1)

Substitui a licença n.º _____ | Ano _____ | Serviço de Segurança Social

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento: CENTRO DE DIA DA AHDPA

Localização do estabelecimento: URBANIZAÇÃO VILA SOL, LOTE 5, 1.ª FASE

Localidade: QUARTEIRA

Código postal: 8 1 2 5 - 3 0 7 | QUARTEIRA

Distrito: Faro | Concelho: LOULÉ | Freguesia: QUARTEIRA

Telemóvel / Telefone: 289039775 | Fax: _____ | E-mail: alzheimer.parkinson@hotmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo: ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA DE DOENTES DE PARKINSON E ALZHEIMER

Morada: URBANIZAÇÃO VILA SOL, LOTE 5, 1.ª FASE

Localidade: QUARTEIRA

Código postal: 8 1 2 5 - 3 0 7 | QUARTEIRA

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

CENTRO DE DIA

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 20 (VINTE) utentes. [por extenso]

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 0 8 | 2 1

ano. mes. dia

Margarida Flores
Assinatura Escrimbo
Diretora de Segurança Social

(1) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 53/2014, 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.