



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º

N.º | Ano | Nome do Centro Distrital ⁽¹⁾

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento _____
Morada do estabelecimento _____
Código postal _____ - _____
Localidade _____
Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____
Telefone _____ E-mail _____

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo _____
N.º de Identificação de Segurança Social _____
Morada _____
Código postal _____ - _____
Localidade _____

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Identificação da resposta _____
Capacidade máxima da resposta _____ (_____) utentes.
(por extenso)
Data do Início do Funcionamento _____
ano | mês | dia
Observações quanto à capacidade, se necessário _____

4 EMISSÃO

Data de 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 126-A/2021, de 31 de dezembro.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei