



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		((por extenso))	utentes.
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