



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