



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º

10 | 2 0 2 4 |  
M.º Ano

CDIST AVEIRO

Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento | C E N T R O | S O C I A L | D E | S A N T O | A N D R É |  
| D E | V A G O S |

Morada do estabelecimento | R U A | D A | I G R E J A | N .º | 6 |

Código postal | 3 8 4 0 | - | 5 4 3 | | S A N T O | A N D R É |

Localidade | V A G O S |

Distrito AVEIRO Concelho VAGOS Freguesia SANTO ANDRÉ

Telefone 969732543 E-mail associacaosantoandredevagos@gmail.com

**2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO**

Nome completo | A S S O C I A Ç Ã O | D E | S O L I D A R I E D A D E | S O C I A L |  
| C U L T U R A L | S A N T O | A N D R É | D E | V A G O S |

N.º de Identificação de Segurança Social | 2 0 0 1 0 2 9 8 0 8 3 |

Morada | R | D R | S Á | C A R N E I R O | N .º | 2 |

Código postal | 3 8 4 0 | - | 5 5 3 | | S A N T O | A N D R É |

Localidade | S A N T O | A N D R É |

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta | C E N T R O | D E | D I A |

Capacidade máxima da resposta | 20 | V I N T E | ) utentes.  
(por extenso)

Data do Início do Funcionamento | 2 0 2 4 | 0 9 | 0 2 |  
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão | 2 0 2 5 | 0 3 | 2 1 |  
ano mês dia

O Diretor  
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