|  |  |
| --- | --- |
| **GUARDA NOTURNO** | |
| Livro n.º  Reg. Ent. n.º  Processo n.º  Registado em      /      /  O Funcionário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Exmº (a) Senhor (a)  Presidente da Câmara Municipal |
| SGD – Sistema Gestão Documental |  |

|  |
| --- |
| **Requerente** |
| Nome:  Residente/com sede em:       Código Postal:  Freguesia:       Concelho:  NIF:       NIC/BI:       Válido até:  Telefone:       Telemóvel:       Fax:       E-mail:  Autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado |

|  |
| --- |
| **Representante** |
| Nome:  Residente:  Freguesia:       Código Postal:  NIF:       NIC/BI:       Válido até:  Telefone:       Telemóvel:       Fax:  E-mail:  Na qualidade de  Gerente  Administrador  Outro |

|  |
| --- |
| **Pedido** |
| Vem requerer a V. Exª a licença para o exercício da atividade de guarda noturno, nos termos do Decreto Legislativo Regional nº 37/2008/A, de 5 de agosto, com as respetivas alterações.  Para o efeito declara, sob compromisso de honra, que detém os requisitos para a atribuição da referida licença:  a) Ser cidadão português, de um Estado membro da União Europeia ou do espaço económico europeu ou, em condições de reciprocidade, de país de língua oficial portuguesa;  b) Ter mais de 18 anos de idade;  c) Possuir escolaridade mínima obrigatória;  d) Possuir plena capacidade civil. |

|  |
| --- |
| **Documentos a entregar** |
| Para o efeito, junta os elementos que se elencam:  Cópia de documento(s) de identificação do requerente   * Pessoa Singular: Cartão de Cidadão ou B.I, Cartão de Contribuinte; * Pessoa Coletiva: Cartão de Pessoa Coletiva, Certidão Comercial, Cartão de Cidadão ou B.I dos representantes e procuração, quando exista procurador;   Certificado de Registo Criminal, quando se trate do primeiro requerimento e, posteriormente, sempre que for exigido;  1 fotografia;  Certificado de habilitações literárias;  Ficha médica que ateste a robustez física e o perfil psicológico para o exercício das suas funções, emitida por médico do trabalho, ou clínico geral, o qual deverá ser identificado pelo nome clínico e cédula profissional;  Outros elementos que pela sua relevância sejam considerados indispensáveis para atribuição da licença. |

|  |
| --- |
| **Notificação** |
| Mais solicita que todas as notificações referentes ao pedido, iniciado com o presente requerimento, sejam dirigidas para:  Requerente, morada *supra* referida;       , com domicílio ou sede em      , código postal       -       freguesia de      , concelho de      , com o telefone n.º      , fax n.º      , e-mail      . |

Pede deferimento,

Santa Cruz da Graciosa,       de       de

O Requerente

(Assinatura)