



Município de Vila Pouca de Aguiar
Secção de Atendimento ao Público

Req. _____

REQUERIMENTO DIVERSO

Exmo Sr. Presidente da Câmara Municipal,

_____, contribuinte nº _____,
residente em _____ freguesia
de _____, código postal _____ – _____, telefone _____ na
qualidade ❶ _____, vem requer a V. Exa:

Pede Deferimento.

Vila Pouca de Aguiar, _____.

O Requerente

(Assinatura conforme o B.I.)

Registo de Atendimento:

ATE ____ - _____

CASO ____ - _____

DATA: ____/____/____

Despachos:

❶ Proprietário / Usufrutuário / Representante Legal



ER-0061/2013

Rua Dr. Henrique Botelho 5450-027 Vila Pouca de Aguiar Telef. 259 419 100
Fax. 259 419 106 e.mail: geral@cm-vpaguiar.pt - Contribuinte nº 506 810 267

Mod.110/VPA.2