



REINSPEÇÃO DE ELEVADORES

Identificação do requerente

Nome: * _____

Contribuinte: * _____ Na qualidade de: *(a) _____

BI / CC nº _____ Validade: ____/____/____

Morada: * _____

Código-Postal: * _____ - _____

Tlf/Tlm: _____ E-mail: _____

Nota: Autoriza o envio de comunicações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado? Sim Não

Representado por: _____ Na qualidade de: (a) _____

BI / CC nº _____ Validade: ____/____/____

Vem requerer ao Exm.º Sr. Presidente da Câmara Municipal o pedido de: Reinspeção de Elevadores

- Periódica - Extraordinária

Titular:

Nome: _____

NIF: _____

Morada _____

Código postal _____ - _____ Localidade _____

Tipo de Equipamento:

- Ascensores - Monta – Cargas - Tapetes Rolantes - Escadas mecânicas

Nº de elevadores: _____

- Edifício de Habitação - Edifício de Habitação/Comércio - Edifício Comercial

Processo nº _____

Descrição

Data e Assinatura

Pede deferimento:

O Requerente / representante,

Vila Real, ____/____/____
Dia Mês Ano

* - Campos de preenchimento obrigatório.

a) - Indicar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele: proprietário, usufrutuário, arrendatário ou mandatário