

# CONCESSÃO OU RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE ACTIVIDADE DE GUARDA NOCTURNO

CONCESSÃO

RENOVAÇÃO



**Torres Vedras**

O funcionário: \_\_\_\_\_

Entrada n.º: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Processo n.º. \_\_\_\_\_

.....  
(A preencher pelo requerente)

Exmo. Senhor Presidente da  
Câmara Municipal de Torres Vedras

## 1 REQUERENTE

Nome/Designação \* \_\_\_\_\_ Contribuinte \* \_\_\_\_\_ N.º Utente \_\_\_\_\_  
Domicílio/Sede \* \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Lote, andar, etc. \_\_\_\_\_  
Localidade \* \_\_\_\_\_ Código Postal \* \_\_\_\_\_ Freguesia \* \_\_\_\_\_  
Telefone/ Telemóvel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Preencher caso seja pessoa singular B.I. n.º \_\_\_\_\_ Emitido em - - \_\_\_\_\_ Válido até - - \_\_\_\_\_

## 2 PEDIDO

Vem requerer a V. Exa o seguinte:

Concessão de Licença

Renovação da Licença n.º. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Declarando, sob compromisso de honra, para efeitos do disposto na al.b) do n.º. 1 do Art.º.7.º. e Art.º. 8.º. do Regulamento Municipal sobre o Licenciamento das Diversas Actividades previstas no D/L. n.º.264/2002, de 25/11 e do D/L. n.º.310/2002, de 18/12, o seguinte:

- Ser cidadão português, de um Estado membro da União Europeia ou espaço económico europeu ou, em condições de reciprocidade, de país de língua oficial portuguesa;
- Ter mais de 21 anos de idade e menos de 65;
- Possuir a escolaridade mínima obrigatória;
- Não ter sido condenado, com sentença transitada em julgado, pela prática de crime doloso;
- Não se encontrar na situação de efectividade de serviço, pré-aposentação ou reserva de qualquer força militar ou força ou serviço de segurança; e
- Possuir a robustez física e o perfil psicológico para o exercício das suas funções, comprovados pelo documento médico que se anexa.

## 3. ELEMENTOS A APRESENTAR

- Fotocópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão;
- Fotocópia do Cartão de Identificação Fiscal;
- Certificado das Habilitações Académicas;
- Certificado do Registo Criminal;
- Ficha médica que ateste a robustez física e o perfil psicológico para o exercício das suas funções, emitida por médico, o qual deverá ser identificado pelo nome clínico e cédula profissional;
- Uma fotografia actualizada;
- \_\_\_\_\_

## PEDE DEFERIMENTO

Assinatura \_\_\_\_\_ Torres Vedras, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mais declara que na instrução do presente pedido todos os dados correspondem à verdade, nada tendo omitido.

\* campo de preenchimento obrigatório

\*\* se preencher electronicamente seleccione a opção pretendida