



PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA DE TITULARIDADE EM MERCADOS MUNICIPAIS

Nº _____/____SM

Exmº Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra

(nome do requerente) _____,
 contribuinte (pessoa coletiva ou singular) nº _____ com sede (ou residência) na (Rua,
 Av.) _____ (nº/lote) _____, (andar)
 _____, (localidade) _____, (cód. postal) _____ - _____,
 Freguesia de _____, com o telefone nº _____,
 fax nº _____ e-mail _____,
 nascido em ____ / ____ / ____, portador do Bilhete de identidade /cartão de Cidadão / Passaporte nº _____
 datado de ____ / ____ / ____, emitido pelo Arquivo de Identificação de _____,
 vem na qualidade de Adjudicatário da: (escolha opção):

☐ - Loja nº _____ ☐ - Meia / Loja nº _____ ☐ - Banca nº _____

do Mercado Municipal de _____

requerer a V.ª Ex.ª. autorização para efetuar a transferência de titularidade, pelo motivo de:

- ☐ - Invalidez do titular;
☐ - Redução a menos de 50% da capacidade física normal do mesmo;
☐ - Outros motivos ponderosos e justificados, verificados caso a caso (justifique):

Para o seguinte interessado: (nome do novo titular) _____,
 contribuinte (pessoa coletiva ou singular) nº _____ com sede (ou residência) na (Rua,
 Av.) _____ (nº/lote) _____, (andar)
 _____, (localidade) _____, (cód. postal) _____ - _____,
 Freguesia de _____, com o telefone nº _____,
 fax nº _____ e-mail _____, nascido em ____ / ____ / ____, portador do Bilhete
 de identidade nº _____ datado de ____ / ____ / ____, emitido pelo Arquivo de Identificação de _____.

O subscritor, sob compromisso de honra e estando consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Autorizo que as notificações referentes a este pedido sejam efetuadas por Via Eletrónica para o endereço _____@_____

Pede Deferimento

Sintra, _____ de _____ de 20____

O Requerente,

Gabinete de Licenciamento das Atividades Económicas e Gestão de Mercados
 Rua Dr. Alfredo Costa, nº 33 - 2710-524 SINTRA
 Tel: 219236823 Fax: 219236830 e-mail : glae@cm-sintra.pt

Instruções

Juntar:

- Exibir Bilhete de Identidade / Cartão de cidadão / Passaporte (do atual titular)
- Exibir Cartão de Cidadão ou de Contribuinte (do atual titular)
- Entregar atestado médico comprovativo da situação (se for caso disso)
- Fotocópia do Bilhete de Identidade / Passaporte (do novo titular)
- Fotocópia do Cartão de Cidadão ou de Contribuinte (do novo titular)
- Declaração de interesse na transferência assinada pelo novo titular
- Fotocópia da Escritura de Constituição de Sociedade (para o caso de firma)

Notas:


- No caso de **peessoas coletivas** deve ser apresentado documento onde se verifique a legitimidade de quem tem poderes para assinar;
- Na qualidade de **mandatário**, deve juntar procuração;
- Os presentes dados irão ser objeto de tratamento informático, tendo o requerente direito de informação nos termos do nº1 e 2 do artº 10º da Lei 67/98 de 26.10.1998, a qual transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados - Lei da Proteção de Dados Pessoais.

Direito à Informação

- Responsável pelo tratamento → Presidente da Câmara
- Finalidades de tratamento → Tratamento informático do processo do requerente.
- Destinatários ou categorias de destinatários dos dados → serviços municipais interventores no processo.
- As respostas aos dados integrantes no formulário são obrigatórias sob pena de indeferimento do pedido.
- Os dados disponibilizados podem ser acedidos e alterados pelo requerente até despacho por parte do decisor político. Após esse momento qualquer alteração implica apresentação de novo pedido.

Base legal:

- Decreto – Lei n.º 340/82 de 25 de Agosto
- Regulamento dos Mercados Retalhistas do Concelho de Sintra, aprovado pela Assembleia Municipal de Sintra em 29 de Setembro de 1998

	RECIBO DE ENTREGA DE REQUERIMENTO		REGº SM _____
	ASSUNTO: PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA DE TITULARIDADE		
	Assinatura do Funcionário : _____		
	Categoria : _____ Data : ____/____/____		