



Requerimento nº \_\_\_\_\_

CÂMARA MUNICIPAL DE VILA FRANCA DE XIRA

**PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO EM SIMULACRO**Exmo. Senhor  
Presidente da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

BI/Cartão de Cidadão Nº \_\_\_\_\_ N.º Identificação Fiscal: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para:  Endereço eletrónico  SMSNa qualidade de  Próprio  Sócio-gerente/gerente/diretor/administrador Outro \_\_\_\_\_

Se for o Sócio-gerente: Código da certidão comercial \_\_\_\_\_

Se for o representante: Código de consulta da procuração online \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO SIMULACRO**

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DO EDIFÍCIO**

- |                                         |                                                         |                                                  |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Habitacional   | <input type="checkbox"/> Hospitalar e lar de idosos     | <input type="checkbox"/> Desportivo e lazer      |
| <input type="checkbox"/> Estacionamento | <input type="checkbox"/> Espetáculo e reunião pública   | <input type="checkbox"/> Museu e galeria de arte |
| <input type="checkbox"/> Administrativo | <input type="checkbox"/> Hoteleiro e restauração        | <input type="checkbox"/> Biblioteca e arquivo    |
| <input type="checkbox"/> Escolar        | <input type="checkbox"/> Comercial e gare de transporte | <input type="checkbox"/> Industrial e armazém    |

**TEMA DO SIMULACRO**

- |                                       |                                   |                                  |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incêndio     | <input type="checkbox"/> Acidente | <input type="radio"/> Rodoviário | <input type="radio"/> Ferroviário |
| <input type="checkbox"/> Terramoto    |                                   | <input type="radio"/> Marítimo   | <input type="radio"/> Aéreo       |
| <input type="checkbox"/> Inundação    |                                   |                                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                   |                                  |                                   |

Descrição: \_\_\_\_\_

Data pretendida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora a realizar: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A CONTACTAR**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_

O requerente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. \_\_\_\_\_