

ADESÃO AO CONSELHO LOCAL DE AÇÃO SOCIAL DE TAVIRA

Exmo./a Sr./a
Presidente da Câmara Municipal

ENTIDADE

Designação*			
Natureza jurídica			
Sede*			
Número	Lote / Andar		
Código postal*	Localidade		
Freguesia*	NIF*		
Tipo de Doc. Identificação	☐ Cartão de Cidadão/BI	☐ Passaporte	☐ Autoriz. de residência
☐ Outro, qual?			
Número	Válido até		
Contacto telefónico			
E-mail			
Página na Internet			

*Campos de preenchimento obrigatório

REPRESENTANTE

Nome	
Cargo na entidade	
Contacto telefónico	
E-mail	
Távira,	

O/A Representante da entidade

ADESÃO (a preencher pelos serviços)

Adesão em

O/A Técnico/a