



MUNICIPIO DA FIGUEIRA DA FOZ
Departamento de Urbanismo

Exmo. Senhor Presidente
da Câmara Municipal da Figueira da Foz

Req.	/	Data	/	/
Proc.	.	/	Func.	

CERTIDÃO DE DESTAQUE

REQUERENTE

Nome/Designação					
Domicílio/Sede					
Freguesia	Código Postal				
Contribuinte					
Telefone	Telemóvel	Fax			
E-mail					
<input type="checkbox"/> Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via correio electrónico					
Na qualidade:	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Sócio	<input type="checkbox"/> Mandatário	<input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> Outro

OBJECTO DO REQUERIMENTO

Requer a V. Exa. a emissão de certidão comprovativa de que se verificam os requisitos de isenção de licença para o destaque da parcela assinalada nas plantas em anexo, nos termos dos artº 6 do D.L. nº 555/99, 16/12, alterado pelo D.L. nº 26/10, de 30 de Março.

Prédio rústico/urbano com área total de _____ m², sito em _____,
Freguesia de _____, descrito na Conservatória do Registo Predial da Figueira da Foz sob o nº _____,
com as seguintes confrontações:

- . Norte: _____
- . Nascente: _____
- . Sul: _____
- . Poente: _____

PARCELA A DESTACAR

Parcela a destacar com área de _____ m², com as seguintes confrontações:

- . Norte: _____
- . Nascente: _____
- . Sul: _____
- . Poente: _____

PARCELA REMANESCENTE

Parcela restante com área de _____ m², com as seguintes confrontações:

- . Norte: _____
- . Nascente: _____
- . Sul: _____
- . Poente: _____

ANTECEDENTES

- Não existem antecedentes processuais na Câmara Municipal da Figueira da Foz para o local em questão
- Pedido de informação prévia n.º _____ Processo de Loteamento n.º _____ Processo de construção n.º _____
- Outro _____

Pede Deferimento,
Figueira da Foz, ____ de _____ de 20 ____.

(assinatura do requerente)

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Conferi a assinatura pelo C.C.. n.º _____ válido até ____/____/____. O Func. _____
O Gestor do procedimento: _____ email _____@cm-figfoz.pt
Poderá ser contactado no Departamento de Urbanismo da C.M.F.F. das ____ às ____ horas, _____ Telef. **233 403 300 ext. 2**
Pago pela Guia n.º _____, de ____/____/____, no valor de _____ €