



S. João da Madeira
Câmara Municipal

NIPG: _____

Data: ____ / ____ / ____

Funcionário: _____

Ao Presidente da Câmara Municipal de S. João da Madeira

Assunto: Vistoria Salubridade

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Morada _____ CP _____ / _____

NIF _____ Tel _____ E-mail _____

Representado por _____ NIF _____

Autorizo ser notificado (a) para o email indicado

Na qualidade de _____, vem requerer a vistoria para efeitos de:

Verificação das condições de segurança e salubridade (Art.º 90º do RJUE), dado que apresenta as seguintes anomalias:

a realizar no(s) prédio(s) sito(s) na:

Rua ou lugar _____, descrito(s) na
Conservatória do Registo Predial, sob o(s) nº(s) _____ inscrito(s) na matriz sob o(s)
artigo(s) _____ (1) nº(s) _____

cujo proprietário é:

_____, com residência/sede na Rua/local _____ do concelho de _____

(1)Rústico, urbano, misto, loteamento

Toma conhecimento:

- 1.O Município de S. João da Madeira utiliza os dados pessoais constantes neste formulário, para dar resposta aos seus pedidos bem como à instrução do respetivo processo. Os dados pessoais poderão ainda servir para prestar informações sobre assuntos da cidade, fins estatísticos e/ou realização de estudos.
- 2.O uso da informação é efetuado no cumprimento da legislação aplicável, de forma a ser assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais fornecidos. A entidade responsável pela recolha e tratamento de dados pessoais é a Câmara Municipal de S. João da Madeira.
3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade, consulte o nosso site em www.cm-sjm.pt/politica-de-privacidade ou envie um e-mail para rgpd@cm-sjm.pt.

São João da Madeira, ____ de _____ de _____