



MUNICÍPIO DA BOAVISTA
CÂMARA MUNICIPAL

Exmo Sr. Presidente da Câmara Municipal

PEDIDO DE AUDIÊNCIA

Requerente
Nome: _____
Profissão/Cargo: _____
Local de Trabalho: _____
Morada: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
Pedido
Vem requer a V. Excia, se digne mandar marcar-lhe uma Audiência
Assunto: _____
Cidade de Sal Rei, _____ Assinatura: _____
A preencher pelos serviços
Data do pedido: ____ / ____ / ____
Funcionário _____
Concedida a Audiência para: ____ / ____ / ____ às ____ hh:mm.
O requerente foi avisado em: ____ / ____ / ____ às ____ hh:mm.

Comprovativo - **Pedido de Audiência**

O requerente,

Câmara Municipal da Boa Vista

Cidade de Sal Rei, ____ / ____ / ____

O Funcionário, _____