



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS-SP

Avenida Florêncio Terra, nº 399, Centro
Itápolis - São Paulo CEP: 14900-000
Fone: (0xx16) 3263-8000
Secretaria de Finanças - Departamento de Tributação

PARA USO DO SETOR DE PROTOCOLO

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Os campos marcados com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório, não sendo aceitos formulários legíveis, com emendas ou rasuras.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS - SP

PARA USO DO REPRESENTANTE DA INSCRIÇÃO

(digitar ou preencher com letra legível)

Nome:*

Tipo de Logradouro:*

Nome do Logradouro:*

N:*

Bairro:*

Andar:

Sala:

Cidade:

CEP:*

CPF:*

RG nº:*

Telefone/Celular:

Telefone/residencial:

E-mail:

O REQUERENTE, RESPEITOSAMENTE, SOLICITA QUE SE AUTORIZE O SETOR COMPETENTE A PROVIDENCIAR O(A):

Expedição de Licença para Funcionamento de estabelecimento em HORÁRIO ESPECIAL, para o contribuinte abaixo, inscrito junto ao cadastro de Contribuinte Mobiliários. Declarando para todos os fins e efeitos de direito, que conheço o teor do artigo nº 383, do Código Tributário Municipal (C.T.M), sabendo que a concessão da Licença Especial, fica condicionada à ausência de prejuízo a moradores vizinhos, de forma que, comprovada a existência destes prejuízo, reconheço o direito da administração, cancelar ou deixar de renovar a licença que vier a ser concedida.

Nome/Razão Social:

CNPJ/CPF:

RG/Insc.Estadual:

Inscr.Municipal:

Endereço:

Atividade:

Horário Especial de Funcionamento:

**Nestes Termos
P. Deferimento**

Itápolis - SP,

A _____
Para _____
Data ____/____/____

Representante legal.:

Documento (CPF/RG):*