



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 25 2 0 1 9 CENTRO DISTRITAL DO PORTO ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento CLAVE DE SOL APOIO DOMICILIÁRIO

Localização do estabelecimento

Localidade Porto

Código postal 4 1 0 0 - 1 4 0 Porto

Distrito Porto Concelho Porto Freguesia Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo CLAVE DE SOL, RESIDÊNCIA GERIÁTRICA LDA

Morada _____

Localidade Porto

Código postal 4 1 0 0 - 1 4 0 Porto

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Serviço de Apoio Domiciliário _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 39 (trinta e nove _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 9 | 1 2 | 1 7
ano mês dia

ROSÁRIO LOUREIRO
 Diretora Adjunta do Centro Distrital do Porto

Assinatura e carimbo

(1) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março.
 Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.
 Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.
 Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt
As falsas declarações são punidas nos termos da lei