

AT



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS TRANSPORTES E OBRAS PÚBLICAS
DIREÇÃO REGIONAL DOS TRANSPORTES
SERVIÇO COORDENADOR DOS TRANSPORTES TERRESTRES

LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ATIVIDADES DE TRANSPORTES TERRESTRES

Nome ou firma: _____

Sede ou domicílio: _____

Código Postal: _____ - _____ , _____

N.º de pessoa coletiva ou singular: _____

Titular do Alvará ou Certificado n.º: _____ para a atividade de: _____

Vem requerer:

☐ O licenciamento do veículo de matrícula _____ , cujo certificado de matrícula ou livrete e título de registo de propriedade, seguro e ficha de inspeção (se legalmente abrangido), anexa em cópia.

☐ O cancelamento do licenciamento do veículo de matrícula _____ , licença n.º: _____ , anexando a licença correspondente.

Tomei conhecimento:

_____ , ____ de _____ de _____

(ASSINATURA DO DETENTOR DE CAPACIDADE PROFISSIONAL OU DO CONSELHEIRO DE SEGURANÇA)

DATA E ASSINATURA DO REQUERENTE

_____ , ____ de _____ de _____

(ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO)