Registo n.º __ de ___/___/ 20___
Processo n.º
Guia n.º: _____/ 20___

_____
O(A) Funcionário(a)

Município de Oliveira do Hospital

ALTERAÇÃO À 1ª REVISÃO DO PDM DE OLIVEIRA DO HOSPITAL

FICHA DE PARTICIPAÇÃO PÚBLICA

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Oliveira do Hospital

Nome: _____
Morada: _____
Código Postal: _____-____ Freguesia: _____ Concelho: _____
NIF/NIPC: _____ BI/CC: _____ válido até _____
Telefone: _____Telemóvel: _____E-mail: _____

Pretensão

Vem apresentar junto de V. Ex.ª, ao abrigo do artigo 88º do Decreto Lei n.º 80/2015, de 14 de maio, no âmbito do período de participação pública da Proposta de Alteração à 1ª Revisão do PDM de Oliveira do Hospital, publicado pelo Aviso n.º 10986/2014, de 1 de outubro, a seguinte ____sugestão, ____ observação, ___informação: (Formulação das sugestões que considerar relevantes)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

O requerente,

Aos _____/_____/_____ _____

Largo Conselheiro Cabral Metello, 3400-062 Oliveira do Hospital | **Telefone:** 238 605 250 | **Fax:** 238 609 739
E-mail: geral@cm-oliveiradohospital.pt | **Endereço Web:** http://www.cm-oliveiradohospital.pt