



RELATÓRIO DE VISTORIA

DATA: ___ / ___ / _____

HORA: ___ : ___

DENUNCIANTE:

NOME: _____

AUTORIDADE FISCALIZADORA: _____, A

EXERCER FUNÇÕES DE _____ NA CÂMARA MUNICIPAL DE
ALANDROAL.

TESTEMUNHAS:

-

Assinatura:

-

Assinatura:

-

Assinatura:

-

Assinatura:

DENUNCIADO:

NOME: _____

BI/CC Nº _____; NIF.: _____

RESIDÊNCIA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____, _____

CONTACTO: _____



Município de Alandroal

www.cm-alandroal.pt

Câmara Municipal

(Serviço Médico-veterinário) – (Centro de Recolha de Pequenos Animais)

ALEGAÇÕES

FACTOS VERIFICADOS