



## MERCADOS VENDA AMBULANTE

### TRANSMISSÃO POR INVALIDEZ TOTAL E ABSOLUTA DO VENDEDOR

(a preencher pelo vendedor ambulante)

Exmo.Sr.  
Presidente da Câmara Municipal  
do Barreiro

Nome \_\_\_\_\_,

telefone / telemóvel n.º \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, na qualidade de vendedor ambulante com o cartão n.º \_\_\_\_\_,

do mercado \_\_\_\_\_, lugar n.º \_\_\_\_\_,

de (produtos) \_\_\_\_\_,

vem por este meio solicitar a V. Exa. a transmissão do seu lugar, de acordo com o estipulado no artigo 9.º, do Regulamento de Venda Ambulante do Concelho do Barreiro, por motivo de Invalidez Total e Absoluta, comprometendo-se a liquidar, até ao acto da transmissão, qualquer dívida que tenha com a Câmara, relacionada com o lugar atrás mencionado.

Pede deferimento,

Barreiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**ASSINATURA**

## DOCUMENTOS A ANEXAR

Atestado comprovativo da Invalidez Total e Absoluta