



SEGURANÇA SOCIAL

AUTORIZAÇÃO PROVISÓRIA DE FUNCIONAMENTO N.º 01 | 2017 | **ISSM, IP - RAM** ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento F u n d a ç ã o C e c í l i a Z i n o
Localização do estabelecimento R u a V e l h a d a A j u d a n.º 8
Código postal 9 0 0 0 - 1 1 5 S ã o M a r t i n h o
Localidade F u n c h a l
Distrito R. A. Madeira Concelho _____ Freguesia _____
Telefone 291223325 Fax 291226395 E-mail fundacao.zino@netmadeira.com

2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo F u n d a ç ã o C e c í l i a Z i n o
Morada R u a d a A l f á n d e g a n.º 16
Código postal 9 0 0 0 - 0 5 9
Localidade F u n c h a l

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Lar de Infância e Juventude

4 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 30 (trinta) utentes.
(por extenso)

(continua na pág. seguinte)

(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.

