



#CabeceirasCuida

PROGRAMA MUNICIPAL EXTRAORDINÁRIO DE
APOIO ECONÓMICO E SOCIAL (COVID-19)

Eixo 1 - APOIO EXTRAORDINÁRIO ÀS EMPRESAS
Medida 1.1 - APOIO A FUNDO PERDIDO

Anexo I Formulário de Candidatura

1) Entidade Beneficiária:

Denominação: _____ NIF: _____

Sede: _____

Concelho: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Site: _____ Fax: _____

Data Constituição: ____/____/____

2) Responsável pela Candidatura (Promotor)

Nome: _____

Cargo: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: _____ Telemóvel: _____

Outro Responsável pela Candidatura: _____

3) Número de Postos de Trabalho a 31/12/2020: _____

4) Volume de Negócios anual: _____

5) Quebra de faturação superior a 25%? SIM ___ NÃO ___

6) A empresa viu-se forçada a encerrar a sua atividade, na sequência do dever de encerramento provocado pela situação pandémica da COVID-19 e previsto na legislação em vigor?

SIM ___ Indicar a legislação: _____

NÃO ___

7) Outras informações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____