



REQUERIMENTO DO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME: _____

MATRÍCULA SIAPE: _____

CAMPUS: _____ RAMAL: _____

CARGO: _____ RAMAL: _____

CARGA HORÁRIA: () 20 HORAS () 40 HORAS () DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

É SERVIDOR DE OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO? () SIM () NÃO

NOME DO ÓRGÃO: _____ TELEFONE: _____

RECEBE BENEFÍCIO NESSE ÓRGÃO? () SIM () NÃO

Desejo receber o auxílio alimentação, em conformidade com o Art. 3º da Lei 9.527, de 1997, por **não usufruir de idêntico benefício em outro Órgão Público Federal**, comprometendo-me a utilizá-lo conforme explicita a legislação. Estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Beneficiário

De acordo DGP:

Incluído no SIAPE em: ____/____/____.