



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE PESSOAL

TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Nome: _____

Matrícula/SIAPE: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Cargo: _____

Lotação: _____

Carga Horária: _____

Solicito minha inclusão para receber o Auxílio-Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro Órgão Público Federal, comprometendo-me a utiliza-lo conforme exigência da 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 referido benefício.

Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos", ____/____/____

Assinatura do Servidor

Cidade Universitária "Prof. Aloísio de Campos"
Av. Marechal Rondon s/nº - Bairro Rosa Elze
Bairro Rosa Elze – São Cristóvão/SE
DP - Tel.: 3194-6490