



**UFC
PROGEP**

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

INTERESSADO

NOME	
NOME SOCIAL (designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica), CASO DESEJE INCLUIR	
CARGO	CARGA HORARIA
TELEFONES	E-MAIL

REQUERIMENTO

Após a posse/exercício no cargo informado acima, o(a) senhor(a) trabalhará em outro órgão público? () Não () Sim. Informe onde:
Exerce outro cargo na UFC? () Não () Sim. Matrícula:
Recebimento do auxílio alimentação () Desejo receber o Auxílio-Alimentação por não perceber idêntico benefício em outro órgão da Administração Pública Direta e Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. () NÃO desejo receber o Auxílio Alimentação.

Declaro e estou ciente de que o uso indevido do benefício e a inveracidade das informações prestadas para percebê-lo constituem falta grave, passível de punição, nos termos da legislação específica, inclusive com a suspensão do benefício.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Servidor(a)