**CONCESSÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

| **NOME:** | | |
| --- | --- | --- |
| **CARGO:** | | |
| **TELEFONE (RES) OU (CEL):** | **E-MAIL:** | |
| 02. ACUMULA CARGO PÚBLICO?    ☐ SIM ☐ NÃO  Caso positivo, favor informar o Órgão: | | |
| 03. LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA:  Decreto 3.887/2001  Parágrafo 3º, artigo 2º Lei nº 9.527, de 10.12.1997  Ofício Circular nº 03/2002-SRH | | |
| **ATENÇÃO:** Assinalar **UMA** das opções abaixo:  ☐ **SOLICITO** receber o **AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**, por não perceber idêntico benefício dos cofres públicos (Municipal, Estadual, Autarquia, Fundação, Empresa Pública e Sociedade de Economia Mista).  Estando Ciente de que a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.  ☐ **DECLINO** do recebimento do auxílio alimentação.  O presente Formulário é firmado com pleno conhecimento de que qualquer omissão constituirá presunção de má fé.  Data:  \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA** | | |