**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 3.887/2001Parágrafo 3º, artigo 2º Lei nº 9.527, de 10.12.1997Ofício 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**  |