



Universidade Federal do Agreste de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Processos Seletivos e Provimentos - DPSP

TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Este termo deve ser preenchido no próprio arquivo PDF e com letras **MAIÚSCULAS**.

Eu, _____, portador(a)
do RG n° _____ expedido pelo órgão _____ e inscrito(a) no CPF
n° _____, ocupante do cargo, emprego ou função de
_____, nesta Universidade, com jornada de trabalho de
20 horas 40 horas Dedicção Exclusiva (DE), pelo presente instrumento:

Opto por RECEBER o auxílio-alimentação pela UFape, em conformidade com o art. 3º da Lei n.º 9.527, de 10 de dezembro de 1997, por não usufruir, de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da constituição, 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 e obrigação de devolução das importâncias recebidas indevidamente.

Opto por NÃO RECEBER o auxílio-alimentação pela UFape, em conformidade com o art. 3º da Lei n.º 9.527, de 10 de dezembro de 1997, por usufruir, de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da constituição, 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 e e obrigação de devolução das importâncias recebidas indevidamente.

Declaro que, além de ser servidor(a) da UFape, também sou servidor(a) público(a) no órgão _____, telefone () _____

e, que **recebo** **não recebo** benefício da mesma espécie.

_____, de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) servidor(a)