



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Cód. CONARQ – 024.92

Eu, _____, CPF n.º _____,
(Nome completo do(a) servidor(a))

Campus _____, cargo _____,

Com carga horária:

20 Horas 40 Horas Dedicção Exclusiva OUTRO: _____.

É SERVIDOR DE OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO? () SIM () NÃO

NOME DO ÓRGÃO: _____ TELEFONE: _____

RECEBE BENEFÍCIO DA MESMA ESPÉCIE NESSE ÓRGÃO? SIM NÃO

Opto por RECEBER o auxílio-alimentação pelo Instituto Federal Catarinense, a partir da data de efetivo exercício, 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.

OU

Opto por NÃO RECEBER o auxílio-alimentação pelo Instituto Federal Catarinense, 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 Em prego 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.

_____, ____ de _____ de _____.

(assinatura do(a) servidor(a))