Eu,_____,
nome completo do servidor (a)
matrícula Siape:_____, lotado(a) no *Campus*: _____ ,
solicito **CANCELAMENTO** do auxílio-transporte **a partir da data de movimentação** conforme constar na Portaria de Autorização, a qual deverá ser anexada ao processo posteriormente, quando da emissão da mesma.

☐ Assinale esta opção caso **NÃO** receba auxílio-transporte.

_____ _____
LOCAL E DATA ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

De acordo, encaminhe-se á DGP

em:_____/_____/_____.

_____
(CGP *Campus*)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda Blumenau/SC
CEP: 89.051-000 -(47) 3331-7800 /
ifc@ifc.edu.br