**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

# TERMO DE OPÇÃO – AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | CPF: |
| Matricula SIAPE: | | Cargo: | | | | Telefone (com DDD): (     ) | |
| Regime de Trabalho: | 20h | | 25h | 30h | 40h | | DE |
| **DECLARAÇÃO DE OPÇÃO** | | | | | | | |
| **OPTO por RECEBER o Auxílio-Alimentação pela UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA**, em consonância com o disposto nos parágrafos 1º, 4º e 5º do art. 22 da Lei nº 8.460/1992, alterado pelo art. 3º da Lei nº 9.527/1997, bem como nos termos do Decreto nº 3.877/2001, por não usufrui de benefício idêntico em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da Constituição.  **OPTO por NÃO RECEBER o Auxílio-Alimentação pela UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA**, ou benefício semelhante, em conformidade com o disposto nos parágrafos 2º e 5º do art. 22 da Lei nº 8.460/1992, alterado pelo art. 3º da Lei nº 9.527/1997, por usufruir de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da Constituição, tais como auxílio para a cesta básica ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício de alimentação.  Nome do Órgão:  DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que declarar falsamente é CRIME previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.  Mossoró-RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) Servidor (a) declarante | | | | | | | |
| **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO** | | | | | | | |
| Solicito encerramento do benefício referente ao Auxílio-Alimentação, ou benefício semelhante, pago pela UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO – UFERSA, a partir de       /      /       , a fim de não acumular o benefício com outro de espécie semelhante pago pelo(a)       .  Mossoró-RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) Servidor (a) declarante | | | | | | | |

**PROCEDIMENTOS**

1. Preencher, imprimir e assinar o presente formulário;

2. Entregar na Divisão de Administração de Pessoal ou na Unidade de Gestão de Pessoas do Campus no qual esteja lotado(a).