**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 3.887/2001, 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        .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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).