

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 104, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3232-8040 | www.uft.edu.br/servidor | cop.ddh@uft.edu.br



AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Lotação:

Matrícula Siape:

Cargo:

Telefone:

Desejo receber o benefício AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO por não perceber idêntico benefício em outro órgão público, bem como não utilizo alimentação subsidiada do Restaurante Universitário e autorizo a correspondente consignação em folha de pagamento, nos termos estabelecidos no Programa Auxílio Alimentação.

Declaro que cumpro jornada de _____ (_____) horas semanais de trabalho e estou ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da legislação específica, inclusive com a suspensão do benefício.

_____, _____ de _____ de 20____
(Local e data)

Assinatura do declarante