



**INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
CEARÁ**
Diretoria de Gestão de Pessoas

INSCRIÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Dados do solicitante

Nome Completo:	_____
Matrícula SIAPE:	_____ e/ou CPF: _____
Lotação/ <i>campus</i> /setor:	_____
Cargo:	_____
Classe:	_____
Nível/Padrão:	_____
Regime de Trabalho:	20h <input type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/>
Situação:	Ativo(<input type="checkbox"/>) Professor Substituto(<input type="checkbox"/>)
Telefone(s):	_____
Celular:	_____
E-mail:	_____

Solicito a minha inscrição no programa de Auxílio Alimentação, mantido por esse Ministério, com vigência a partir de ____/____/_____.
(Data do efetivo exercício ou do contrato)

Desejo receber o Auxílio Alimentação por não perceber idêntico benefício em outro órgão público, estando ciente que a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

_____, EM ____ / ____ / _____

ASSINATURA DO SOLICITANTE

EXCLUSIVO DA DGP

CADASTRADO NO SIAPE POR:

EM: / /