



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

**AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

**Dados do Interessado<sup>1</sup>**

Nome Completo:	
Cargo:	Carga horária:
Lotação:	Matrícula SIAPE:
Telefone:	
E-mail:	

**Dados do requerimento**

**Exerce vínculo na UFAL ou em outro órgão público no qual já receba este auxílio?**

Não  Sim. Onde?

**Caso receba, manterá a acumulação com o outro vínculo e continuará recebendo por lá?**

Não  Sim. Prefiro continuar recebendo no outro vínculo, ciente que não posso acumular os auxílios.

**Recebimento do Auxílio**

- Desejo receber o auxílio-alimentação por não receber idêntico benefício neste ou em outro órgão público.
- Não desejo receber o auxílio-alimentação.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do servidor (a)

<sup>1</sup> Para interessados que ainda não tenham vínculo com a UFAL, ou que estejam em processo de admissão, podem deixar em branco os campos que não se aplicam ao seu caso.

