

TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Eu, _____, inscrito (a) no CPF nº _____ desejo receber o benefício AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO por não perceber idêntico benefício em outro órgão público, comprometendo-me a utilizá-lo conforme explicita a legislação, estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

_____ - ____/____/____

Local

Data

Assinatura do Contratado