



INSTITUTO FEDERAL
Goiás

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE GOIÁS
REITORIA

TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Eu, _____ (nome) _____, inscrito (as) 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.

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Avenida Assis Chateaubriand, nº 1.658, Setor Oeste, GOIÂNIA / GO, CEP 74.130-012
(62) 3612-2242 (ramal: 2242)

