



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALAGOAS
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Eu, _____, inscrito (as) no CPF nº _____,

Cargo/emprego público: _____, **DECLARO** estar ciente de que :

- a) O auxílio alimentação é inacumulável com outros de espécie semelhante, tais como auxílio para cesta básica ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício alimentação (parágrafo 5º da Lei n.º 8.640/1992, com redação dada pela Lei n.º 9.527/1997, combinado com o artigo 28 da Resolução n.º 21/1992 e *caput* do artigo 2º do Ato da Mesa n.º 49/1996).
- b) A inveracidade das informações prestadas constitui falta grave, passível de sanção penal e administrativa, além de acarretar a suspensão do benefício e o ressarcimento dos valores porventura percebidos indevidamente.

Sendo assim, **OPTO** por:

() **OPTO por RECEBER o Auxílio Alimentação pelo INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS - IFAL**, em consonância com o disposto nos parágrafos 1º, 4º e 5º do art. 22 da Lei nº 8.460/1992, alterado pelo art. 3º da Lei nº 9.527/1997, bem como nos termos do Decreto nº 3.887/2001, por não usufruí de benefício idêntico em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da Constituição.

() **OPTO por NÃO RECEBER o Auxílio Alimentação pelo INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS - IFAL**, ou benefício semelhante, em conformidade com o disposto nos parágrafos 2º e 5º do art. 22 da Lei nº 8.460/1992, alterado pelo art. 3º da Lei nº 9.527/1997, por usufruir de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da Constituição, tais como auxílio para a cesta básica ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício de alimentação.

Nome do Órgão: _____

Maceió, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) Servidor (a)