



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



**AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

**Dados do Interessado**

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

**Dados do requerimento**

**Trabalha em outro Órgão?**  
 Não     Sim. Onde? \_\_\_\_\_

**Exerce outro cargo na UFAL?**  
 Não     Sim. Matrícula \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_

