



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**AUXÍLIO
ALIMENTAÇÃO - NÃO
OPÇÃO**

1. Dados do Declarante

Nome Completo:	
Cargo:	CPF:

2. Declaração

Declaro o desejo de **NÃO receber o auxílio-alimentação**, por perceber idêntico benefício de cofres públicos (municipal, estadual, federal, autarquia, fundação, empresa pública ou sociedade de economia mista).

Declaro ainda que assumo integral responsabilidade pela fidelidade das informações ora apresentadas e comprometo-me a comunicar qualquer alteração à Diretoria de Gestão de Pessoas da UFES.

_____/ES, ____ de _____ de _____
(Local e Data)

(Assinatura do Declarante)