**TERMO DE OPÇÃO – AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servidor(a) | | Matrícula SIAPE | | Unidade de Lotação |
| Data de Admissão na UFOB | Cargo | Função | | |
| Admissão no Serv. Público Federal | E-mail | | DDD e Telefone | |

**SITUAÇÃO**

|  |
| --- |
| Acumulação lícita de cargos  Afastamento para servir a outro Órgão ou Entidade (Cessão com ônus para a UFOB)  Afastamento para servir a outro Órgão ou Entidade (Estados, Municípios, Distrito Federal)  Lotação Provisória |

**OPÇÃO**

|  |
| --- |
| Em consonância com o disposto nos parágrafos 2º, 4º e 5º do artigo 22 da Lei nº 8.460, de 17 de setembro de 1992, alterado pelo artigo 3º da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997, opto por perceber o Auxílio-Alimentação ou benefício semelhante pelo (a):  Universidade Federal do Oeste da Bahia  Outro órgão |

No caso de opção por receber pela UFOB, anexar declaração do outro órgão da exclusão do benefício no SIAPE ou Termo de opção pelo não recebimento do auxílio.

**Declaro que** não acumulo o benefício com outros de espécie semelhante.

**Estou ciente** que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, a inveracidade do declarado neste documento.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_Assinatura do Declarante