GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Educação

TERMO DE OPÇÃO

AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Nome: _____

Matrícula: _____

Lotação: _____

Desejo receber o Auxílio Alimentação por não perceber idêntico benefício em outro órgão público, nos termos da Lei Complementar n° 840/2011.

Data: ____/____/_____ De acordo em ____/____/_____

_____ _____

Beneficiário Chefia Imediata

Solicito a suspensão do Auxílio Alimentação

Data: ____/____/_____ De acordo em ____/____/_____

_____ _____

Beneficiário Chefia Imediata

Solicito o restabelecimento do Auxílio Alimentação

Data: ____/____/_____ De acordo em ____/____/_____

_____ _____

Beneficiário Chefia Imediata

Ocorrências: