



TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Eu,

registro:

cargo/função:

afastado do (órgão de origem):

ou afastado sem prejuízo para:

nos termos da Lei nº 16.973/2018, Resolução nº 15/2018

() **opto** por receber o auxílio-alimentação no **TCMSP** e declaro estar ciente de que o órgão cessionário será noticiado do presente, comprometendo-me, ainda, a manter o destinatário desta opção informado quanto às alterações que possam advir.

() **opto** por continuar recebendo o auxílio-alimentação no **órgão de origem**.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas.

assinatura