



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS
DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO DESLOCAMENTO

OPTANTE SIM

☐

NÃO

☐

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Eu _____

Cadastro: _____ Cargo/Função: _____

Residente à rua: _____, nº _____,

Bairro: _____,

Localidade ou Distrito: _____

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

Lotado (a) _____

Endereço do local de trabalho _____, nº _____

Bairro: _____

Complemento (Ponto de Referência e/ou entre ruas): _____

Horário de trabalho: : às : e : às :

DECLARO E ESTOU CIENTE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE SÃO VERDADEIRAS, PARA FINS DE PERCEPÇÃO DO AUXÍLIO-TRANSPORTE, e sendo assim solicito o

pagamento do mesmo, além de comprometer-me a atualizar esta declaração no momento em que ocorrer alteração nas circunstâncias que fundamentaram a concessão do benefício. e firmo a presente Declaração sob as penas da Lei.

Porto Velho, ____ de ____ de ____.

assinatura do(a) servidor(a)

De acordo com as informações prestadas pelo servidor e após verificação dos dados disponíveis, declaro ter ciência e responsabilizo-me pela fidedignidade das informações contidas nesta declaração, encaminhando-a à SEMAD para análise e providências cabíveis. Segue em anexo comprovante de endereço atualizado em nome do requerente.

Assinatura e carimbo da chefia imediata do servidor

Assinatura e carimbo do Secretário da pasta do servidor

Art. 167 da Lei Complementar nº 385 de 01/07/2010, publicada no DOM nº 3.786 de 01/07/2010.-Regime Jurídico dos Servidores Públicos Municipais de Porto Velho:

A autoridade que tiver ciência de irregularidade no serviço público tomará medidas necessárias à promoção de sua imediata apuração.

