



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
 Rua das Laranjeiras, 232 - Laranjeiras - RJ - CEP:22240-001

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

TEL: _____ CARGO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

TRANSPORTE UTILIZADO DA RESIDÊNCIA PARA O INES

Nº LINHA	TIPO DE CONDUÇÃO	TRAJETO	VALOR(R\$)

TRANSPORTE UTILIZADO DO INES PARA RESIDÊNCIA

Nº LINHA	TIPO DE CONDUÇÃO	TRAJETO	VALOR(R\$)

1- Desejo receber o benefício do Auxílio Transporte, ciente da minha participação referente ao desconto que me cabe no contracheque(6% do vencimento), nos termos do Decreto nº 2.880/98 e demais legislações pertinentes. Comprometo-me a manter atualizadas as informações acima prestadas.

2- Declaro estar ciente que **o servidor que recebe este auxílio não poderá requerer o selo de estacionamento** dentro do INES, exceto o servidor com deficiência que: "I - não possa ser transportado por meio coletivo ou seletivo, conforme verificação de junta médica oficial; ou II - declare a inexistência ou precariedade do transporte coletivo ou seletivo adaptado", conforme NOTA TÉCNICA Nº 309/2012/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP e ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 4, DE 21 DE SETEMBRO DE 2016

3- Declaro ainda, que as informações supra são expressão da verdade, ciente de que falsas constituirá falta grave, passível de demissão por justa causa, por configurar crime da falsidade ideológica que trata o art. 299 do Código penal, sujeitando-me após o devido processo legal à pena de reclusão, de 1(um) a 5(cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1(um) a 3(três) anos, e multa se documento é particular.

RJ, ____/____/____.

Assinatura do servidor

PREENCHIMENTO DA CHEFIA

DIA DA SEMANA QUE O SERVIDOR TRABALHA NO INES

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SÁBADO	DOMINGO

Assinatura da Chefia Imediata