

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR Servidor Ativo Contrato TemporárioNome: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: Email: Possui Cônjuge ou Companheiro(a) que é Servidor(a) Público(a)? Sim Não**Se Tiver Cônjuge ou Companheiro(a) que é Servidor(a) Público(a):**Nome do Cônjuge / Companheiro: Cargo: Matrícula SIAPE: RG: Órgão Expedidor: CPF: Lotação: Telefone: Situação: Ativo CTU Aposentado Outros: 1 - Os dependentes já recebem auxílio pré-escolar por parte do Cônjuge/Companheiro? Sim Não2 - Os dependentes vivem sob guarda do Declarante? Sim Não3 - O dependente é portador de deficiência física ou mental? Sim Não**Dados dos Dependentes**

Nome:	Nascimento:	Parentesco:	CPF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro sob pena de responsabilidade civil e penal que os dependentes acima relacionados não se encontram matriculados em creche própria, conveniada ou contratada pelo Ministério da Saúde ou qualquer outro órgão federal.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor