



AUTORIZAÇÃO DE VALE-ALIMENTAÇÃO

Eu, _____, na função de _____, na Faculdade ICESP de Brasília, portador (a) do CPF nº _____ - _____, afirmo as condições abaixo:

- ✓ Declaro estar ciente das políticas sobre o recebimento e desconto do Vale-Alimentação na Instituição.
- ✓ Autorizo o desconto mensalmente de R\$ 6,00 (seis reais) do valor disponibilizado a título de Vale Alimentação em minha folha de pagamento.

Obs.: O recebimento do Vale-Alimentação ocorrerá após 1 (hum) mês de efetivo trabalho. Esse período é solicitado para que as questões burocráticas sejam resolvidas como inclusão, pedido de recarga dentre outros. A Gerência de Recursos Humanos - Guará é responsável pela entrega.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura