**TERMO DE COMPROMISSO- AUXILIO DESLOCAMENTO**

**Identificação do Requerente**

Nome: **** MAT. ****

Data Admissão: **** CPF: **** Lotação  ****

Cargo/Função:  Cel. ****

O(a) Servidor(a) acima identificado(a) vem através deste, REQUERER, junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Seringueiras o **Auxílio Deslocamento**, de acordo com decreto Municipal nº       publicado no dia      , que regulamenta o Art.       da lei Municipal nº      e me comprometo a informar, formalmente ao Departamento de Recursos Humanos qualquer alteração na minha situação funcional, como endereço residencial, lotação, e de alteração na forma de transporte, sob pena de incorrer em ato de improbidade administrativa.

**Identificação de Endereço do Servidor**

End. **** Nº ****

Bairro **** Cidade **** UF ****

**Identificação de local de trabalho do Servidor**

Local de Trabalho: ****

Endereço **** Nº ****

Bairro **** Cidade **** UF ****

Tipo de transporte utilizado:  Próprio  Público  Terceiros

Horário de Trabalho: 1º turno das      as

2º Turno das       as       . Carga       h/semanal

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de compromisso.

Seringueiras-RO, **inserir uma data.**

**Nome do requerente.**

Assinatura do Requerente

**Declaração de local de trabalho**

Declaro para os fins de direito que as informações acima são verdadeiras, e que também que não há disponibilidade de transporte público, de sua residência até o local de trabalho. Caso ocorra alteração funcional de endereço ou meio de locomoção do servidor acima citado, comprometo-me a informar, expressamente ao Departamento de Recursos Humanos sob pena de incorrer em ato de improbidade administrativa**.**

Seringueiras-RO ,\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Nome do chefe imediato.**

Assinatura da chefia imediata