Groupement territorial..
CIS..
Nom..
Prénom..
Grade..
Matricule..

Fiche de suivi de carrière des sapeurs-pompiers volontaires

SAPEURS POMPIERS PUY-DE-DÔME

Toute demande doit être adressée au minimum 1 mois avant la date d'effet au groupement territorial.

Cessation d'activité à compter du ...... / ...... / ......

- ☐ Limite d'âge
- ☐ Démission volontaire, motif..
- ☐ Mutation dans un autre département *(numéro)* |_|_|_|
- ☐ Résiliation d'office, motif ....

Chef de centre	Chef de GT
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ...... / ...... / ...... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ...... / ...... / ...... Signature et nom

Prolongation d'activité après 60 ans

À compter du ...... / ...... / ...... **pour un an**

Chef de centre	Chef de GT
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ...... / ...... / ...... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ...... / ...... / ...... Signature et nom

SSSM

☐ Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec restrictions

Date ...... / ...... / ...... Signature et cachet

Modification des données personnelles

Nouvelle adresse |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nouveau numéro de téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale ☐ Célibataire ☐ Pacs ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf

- ☐ Compte bancaire *(joindre justificatif RIB)*
- ☐ Nouveau permis de conduire *(joindre justificatif)*
- ☐ Nouvel emploi *(nom et adresse de l'employeur)*
- ☐ Autre ....

Chef de centre	Chef de GT
Date ...... / ...... / ...... Signature et nom	Date ...... / ...... / ...... Signature et nom

Date ...... / ...... / ......

Signature de l'intéressé(e)

Groupement territorial.....
CIS.....
Nom.....
Prénom.....
Grade.....
Matricule.....

Fiche de suivi de carrière des sapeurs-pompiers volontaires

SAPEURS POMPIERS PUY-DE-DÔME

Toute demande doit être adressée au minimum 1 mois avant la date d'effet au groupement territorial.

Suspension d'engagement

Raison .....

À compter du ..... / ..... / .....

Pour une durée de ..... *(six mois minimum)*

Chef de centre	Chef de GT
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom

Reprise d'activité

À compter du ..... / ..... / .....

Soumis à une visite médicale préalable

Chef de centre	Chef de GT
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom

SSSM

☐ Apte	☐ Inapte
Date ..... / ..... /	Signature et cachet

A REMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT OU DE DOUBLE AFFECTATION

Changement d'affectation au sein du CDSP

Nouveau centre d'affectation.....

À compter du ..... / ..... / .....

Double affectation

Deuxième centre d'affectation .....

À compter du ..... / ..... / .....

Actuel chef de centre	Actuel chef de GT	Futur chef de centre	Futur chef de GT
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom	☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable Date ..... / ..... / ..... Signature et nom

Date ..... / ..... / .....

Signature de l'intéressé(e)