



**SAPEURS
POMPIERS**
Ille & Vilaine

LE SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS D'ILLE ET VILAINE

RECHERCHE

DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES SAISONNIERS Affectés au centre de vaccination de la Direction Départementale du SDIS 35

Afin de pouvoir faire face aux besoins complémentaires pour assurer le fonctionnement du centre de vaccination « François Château », le Service Départemental d'Incendie et de Secours d'Ille-et-Vilaine recherche, à compter du **13 décembre 2021** des sapeurs-pompiers volontaires pour renforcer les équipes en charge du centre de vaccination.

1) Conditions de recrutement :

- Sapeurs-pompiers volontaires à jour de leur aptitude opérationnelle et médicale;
- Qualifications souhaitées :
 - SAP 1 à jour de la Formation de Maintien et de Perfectionnement des Acquis ;

2) Principes d'exercice:

- Permanence par demi-journée
- Période minimum d'affectation: 1 mois;

3) Indemnisation :

- Dans les conditions actuellement en vigueur au sein du SDIS 35 en matière de régime indemnitaire des SPV : indemnisation sur la base du service fait, versement des indemnités à terme échu (2 mois après le mois d'activité) au taux de 100%.

Adresser rapidement le formulaire de candidature (autorisation du chef de centre obligatoire) à :
rh-spv@sdis35.fr

Service Départemental d'Incendie et de Secours d'Ille-et-Vilaine
Direction des Ressources Humaines
MISSION VOLONTARIAT

Renseignements complémentaires: Mission Volontariat, David RUE 02.99.87.65.48

Le Directeur des Ressources Humaines


Lieutenant-Colonel Laurent BÉNEDITTINI



FORMULAIRE de CANDIDATURE
SPV saisonnier Centre de vaccination SDIS 35
(à retourner à la Direction des Ressources Humaines, par
courrier interne ou scann : rh-spv@sdis35.fr)

NOM : PRENOM :

Date de Naissance :

CENTRE D'ORIGINE(et SDIS si SPV extérieur) : GRADE :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Coordonnées Téléphoniques – Mobile : ___/___/___/___/___ Fixe : ___/___/___/___/___

Adresse Mail :

Je déclare détenir les qualifications suivantes :

FIA Complète : Oui Non

FAE Chef d'Equipe : Oui Non

FAE CA Oui Non

Permis : VL Oui Non

Date de votre dernière visite médicale d'aptitude : ___/___/___

Mes disponibilités (au mois entier uniquement) sont du ___/___ au ___/___ et du ___/___ au ___/___

Vous engagez-vous à assurer par ailleurs vos obligations d'astreintes programmées dans votre centre d'affectation principale Oui Non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire et consens à fournir toutes les pièces nécessaires à la constitution de mon dossier d'engagement comme renfort centre.

Le
Signature

AUTORISATION DU CHEF DE CENTRE

Avis / Observations :

.....
.....
.....
.....

Cachet et signature :