



33 ch. St-André, unité 1

Cap-Pelé, NB E4N 1Z4

## FORMULAIRE D'APPLICATION POUR POMPIER VOLONTAIRE

### Information personnelle

NOM :	NAS :
ADRESSE :	DATE DE NAISSANCE :
	ÉTAT CIVIL :
TÉLÉPHONE (M) : TÉLÉPHONE (C):	DISPONIBILITÉ :
MÉTIER :	LIEU DE TRAVAIL :

### Éducation et formation

NIVEAU D'INSTRUCTION :	AUTRE FORMATION :
# DE LICENCE :	CLASSE :

**Pourquoi vous voulez devenir pompier volontaire?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Déclaration :**

Je soussigné, par la présente, sollicite l'adhésion volontaire au Service d'incendie de Cap-Pelé, dans la zone de couverture indiquée ci-dessus.

Je, \_\_\_\_\_, autorise le Service d'incendie de Cap-Pelé à communiquer avec les renseignements contenus dans mon incendie personnel. Ces personnes sont autorisées à divulguer ces informations.

Je comprends que tout l'équipement, les uniformes, les vêtements de protection, le matériel de formation ou tout autre article qui peut être fourni à mon usage sont la propriété du Service d'incendies et doivent être retournés dans les 48 heures suivant mon départ du Service d'incendie, que ce soit par démission, congédiement ou pour tout autre raison.

Je reconnais que les règles, les politiques et les procédures du Service d'incendie peuvent établir des exigences pour des niveaux précis de participation aux activités du Service d'incendie.

Je comprends que la participation aux activités du Service d'incendie peut me faire connaître les renseignements sur les citoyens de la zone de protection contre les incendies, les membres du Service d'incendie, les activités du Service d'incendie ou toute autre information de nature personnelle ou confidentielle et je ne divulguerai ni ne discuterai de cette information, pour remplir mes fonctions de pompier.

Je certifie que les informations que j'ai fournies dans cette demande sont vraies et complètes au meilleur de ma connaissance. Je comprends que si l'une de ces informations s'avère inexacte, cette demande peut être rejetée et, si elle est acceptée comme pompier volontaire, les fausses déclarations de cette demande sont considérées comme une cause suffisante de renvoi.

- Les candidats seront soumis à un examen médical par un médecin qualifié, lequel sera remboursé au demandeur.
- Les candidats sont soumis à une période de probation de 6 mois et sont tenus de remplir avec succès les exigences de formation minimale avant que le statut complet soit accordé.

Nom de l'application : \_\_\_\_\_  
(imprimer svp)

Signature de l'appliquant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_