



# Corps Départemental Fin d'engagement en qualité de SPV et demande d'honorariat

GRADE      NOM      Prénom

.....

à  
Monsieur le Président  
du Conseil d'Administration du SDIS

Centre de Secours de \_\_\_\_\_ **Numéro Matricule** \_\_\_\_\_

Date de naissance du SPV : \_\_\_\_\_

### La cessation de fonction prend fin (\*):

de plein droit lorsque l'intéressé atteint l'âge de 60 ans,

sur demande de l'intéressé(e) à 55 ans

**(\*) cochez la case correspondante**

Le \_\_\_\_\_  
Signature,

-----

### l'honorariat (\*):

Date d'entrée au centre : \_\_\_\_\_ Date de nomination du dernier grade :  
\_\_\_\_\_

Date de nomination dans le grade précédent : \_\_\_\_\_

Durée des services dans **le dernier grade** : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_  
Signature,

(\*) Mettre une croix dans la case correspondante et compléter.

**PARTIE A REMPLIR PAR LE SAPEUR-POMPIER**

**VISA**

#### VISA DU CHEF DE CENTRE

Fait à .....le.....  
Signature

#### VISA DU CHEF DE GROUPEMENT

Fait à .....le.....  
Signature

#### Pour information au C.C.D.S.P.V

En date du \_\_\_\_\_ PV n° \_\_\_\_\_