

## Indemnisation des assistants prévention des Sapeurs-Pompiers Volontaires

**Centre :** .....

**Grade, NOM, Prénom :** .....

### NATURE DE LA MISSION

Lieu : ..... Date : .....

**Evaluation et inspection des risques :** Forfait de 6 heures à 100% du taux horaire de base du grade de l'agent (4 heures de visites et 2 heures d'intégration).

**Enquête et analyse :** Forfait de 16 heures à 100% du taux horaire de base du grade de l'agent (audit sur les lieux, intégration, préparation du rapport...).

**Réunions diverses et formations :** Durée de la séance à 100% du taux horaire de base du grade de l'agent.

Heure de début : .....h..... Heure de fin : .....h.....

<i>Signature du sapeur-pompier volontaire</i>	<i>Signature du responsable de la mission hygiène et sécurité</i>	<i>Signature du Directeur départemental des services d'incendie et de secours de la Haute-Loire</i>
	PCD VALERIE FERREBOEUF	COL FREDERIC ROBERT

**Fiche individuelle à signer et à transmettre à :  
Service des ressources humaines SPV - cellule indemnités SPV**