

Programme de certification des pompiers du Nouveau-Brunswick (FCPNB)

Bureau du prévôt des incendies
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique
2e étage, Gibson Place
12, rue McGloin, Fredericton N.-B. E3A 5T8

Téléphone : (506)444-4493
Télécopieur : (506)457-4899
Courriel : FCPNB@gnb.ca

ÉVALUATEUR ET/OU SURVEILLANT APPLICATION

Votre(vos) rôle(s) : Évaluateur Surveillant

Nom	Prénom	Deuxième prénom
Adresse		
Ville/Ville	Province	Code postal
Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Courriel	Téléphone

Déclaration de l'évaluateur :

En tant que candidat à devenir évaluateur pour le FCPNB, veuillez lire et accepter ce qui suit :

- J'ai réussi et reçu la certification IFSAC et/ou ProBoard pour NFPA 1041 Niveau 1 (Instructeur) et j'ai joint des copies de mes certificats comme preuve d'achèvement (avec le numéro de sceau clairement visible)
- J'ai réussi le niveau NFPA pour les compétences pratiques que j'évaluerai, et je fournirai des copies de mon (mes) certificat (s) IFSAC et/ou ProBoard comme preuve d'achèvement (avec le numéro de sceau clairement visible)
- Je ne me soumettrai PAS à l'évaluation des niveaux NFPA pour lesquels je ne suis pas qualifié
- Je ne participerai PAS à l'enseignement du ou des niveaux NFPA que j'évaluerai
- Je n'évaluerai aucune personne à qui je suis lié

Veuillez joindre votre cv et vos certificats avec le(s) numéro(s) de sceau(s) clairement visible(s)

En signant ci-dessous, je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et j'ai lu et accepté les déclarations ci-dessus:

Signature: _____ Date : _____

Déclaration du surveillant :

En tant que candidat à devenir surveillant pour le FCPNB, veuillez lire et accepter ce qui suit :

- Je suis un membre en règle de ma communauté
- Je ne participerai PAS à l'enseignement du niveau NFPA pour l'examen que je suis surveillant
- Je ne vais pas surveillant un examen pour toute personne à qui je suis lié

En signant ci-dessous, je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et j'ai lu et accepté les déclarations ci-dessus:

Signature: _____ Date : _____

UTILISATION DU BUREAU UNIQUEMENT :

Examiné par :	Date :	Approuvé par :	Date :
Le candidat a-t-il suivi une formation de surveillant ou d'évaluateur du Conseil? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date :	Personne qui a fourni la formation :	