**DOSSIER DE RECONNAISSANCE DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

# Dans le cadre d’un recrutement par la voie du détachement en faveur des fonctionnaires bénéficiaires de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés

**A CONSTITUER PAR TOUS LES CANDIDATS**

**PREMIERE PARTIE**

**VOTRE IDENTITE**

ETAT CIVIL :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille : |  |
| Nom d’usage : |  |
| Prénom(s) : |  |
| Date et lieu de naissance : | **/ / , à** |

COORDONNEES :

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse personnelle : |  |
| Code postal : |  |
| Ville : |  |
| Téléphone personnel : |  |
| Téléphone professionnel : |  |
| E-mail : |  |

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT :

|  |  |
| --- | --- |
| Ministère/collectivité territoriale/établissement : |  |
| Direction/Service : |  |
| Statut : |  |
| Corps ou cadre d'emplois et grade d'appartenance : |  |

Signature du candidat précédée de la mention

**«Lu et approuvé»**

A ......................................., le ....................

Je soussigné\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM, Prénom) certifie sur l’honneur l’exactitude de l’intégralité des informations et l’authenticité de toutes les pièces jointes fournies dans mon dossier de candidature et je reconnais avoir pleinement conscience que des informations fausses ou falsifiées, conduiront à mon exclusion du recrutement et entraîneront des poursuites pénales.

Je m’engage à fournir au service compétent les pièces justificatives à la constitution de mon dossier.

Je déclare, en outre, avoir été prévenu(e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînera l’annulation de mon succès éventuel au recrutement.

DÉCLARATION SUR L’HONNEUR

**LISTE DES PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT**



Cochez les cases correspondantes aux pièces fournies.

Ce document doit être joint aux formulaires du dossier de candidature.

**SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT**

* Etat des services publics
* Copie du dernier arrêté de titularisation, de nomination ou d’avancement d’échelon

### RECONNAISSANCE DE L’EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE

* Copie des justificatifs des travaux ou des extraits significatifs pour les documents volumineux.

### JUSTIFICATIF RQTH

* Copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) délivrée par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) si ce document est en votre possession.

### ou

* Copie de l’attestation de bénéficiaire de l’obligation d’emploi (BOE) cité aux alinéas 2°,3°,4°,9° 10° et 11° de l’article L. 5212-13 du Code du travail si ce document est en votre possession.

ÉTAT DES SERVICES PUBLICS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** (du plus récent au plus ancien) | **Etablissement d’exercice** | **Situation administrative :**   * Si agent titulaire, indiquer le corps et le grade * Si agent non titulaire, indiquer le type de contrat (CDD ou CDI) et le niveau des missions exercées (niveau   équivalent catégorie A, B ou C) | | | **o**  **Quotité de service** | | **u**  **Heures totales** |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Du :  Au :  Durée : |  |  | | | % | | h |
| Total arrêté au 1er janvier de l’année du recrutement : | | | ans | mois | | jours | |

## TROISIEME PARTIE

**VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE**

En vue de faire reconnaître son expérience professionnelle, le candidat présentera les principales étapes de son parcours professionnel ainsi que, le cas échéant, les travaux de recherche auxquels il a pu participer et les responsabilités électives, associatives ou syndicales qu'il a pu exercer, en précisant les domaines dans lesquels il a exercé ses fonctions ainsi que les principales compétences acquises et développées à chaque étape de son parcours (trois pages maximum).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODE**  **(En cas de temps partiel, préciser en % la quotité**  **hebdomadaire travaillée)** | **DUREE** | **NOM, ACTIVITE ET LIEU DE L’ORGANISME** | **ACTIVITE**  **(EMPLOI / FONCTION, SERVICE, NIVEAU OU CATEGORIE A / B /C)** | **COMPETENCES ACQUISES** |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |
| Du : ........  Au : ........  Quotité (en %) : …... | …….. | ………………………………… | …………………………. | …………………………………………………………… |

**QUATRIEME PARTIE**

PRESENTATION DU PROJET PROFESSIONNEL

Le candidat motivera son souhait d'intégrer un nouveau corps ou cadre d'emplois de la fonction publique et d'y poursuivre son parcours professionnel (une page maximum).

CERTIFICAT MÉDICAL RELATIF AUX AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES

**Le certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé.**

La liste des médecins agréés est consultable auprès des agences régionales de santé, des préfectures et des universités.

Les aménagements des épreuves des recrutements de recrutement doivent permettre aux personnes atteintes d’un handicap, répondant à la définition posée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, de candidater dans les mêmes conditions que les autres candidats, **sans leur donner un avantage de nature à rompre la règle d’égalité entre les candidats** en application des dispositions de l’article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l’État.

En conséquence :

* Les aménagements ne sont pas accordés automatiquement aux personnes qui en font la demande, mais sont fonction de la nature du handicap dont elles souffrent. Les aménagements des épreuves des recrutements doivent permettre aux personnes dont les moyens physiques sont diminués de candidater dans les mêmes conditions que les autres candidats, sans leur donner un avantage supplémentaire, afin de ne pas rompre la règle d'égalité entre l’ensemble des candidats ;
* Les aménagements accordés aux différentes épreuves devant respecter le principe d’égalité, ces derniers ne peuvent avoir pour effet de modifier la finalité, la forme et le contenu des épreuves.

**Attention : Les aménagements accordés ne doivent pas avoir pour objet d’empêcher l’évaluation des aptitudes professionnelles attendues dans le cadre des épreuves du recrutement considéré** (exemples : niveau de pratique physique exigée, maîtrise de la langue, correction syntaxique …).

Les aménagements les plus couramment accordés sont les suivants (cette liste n’est pas limitative mais les aménagements demandés doivent être réalisables par les services organisateurs des épreuves) :

* + **assistance** (secrétaire et/ou lecteur, moyens de transcription des données à préciser tels qu’un ordinateur ou un logiciel spécifique, traducteur en langues des signes…) ;
  + **locaux** (accessibilité spécifique, composition dans une salle séparée, table compatible avec un fauteuil roulant…) ;
  + **gestion du temps** (temps supplémentaire jusqu’au 1/3 temps…).

## Ce certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé.

Je, soussigné(e), docteur , médecin agréé par l'administration,

certifie que le handicap de **M. / Mme (NOM, prénom)**…………………………….……………………………………….

demeurant au justifie l’attribution

d’aménagement(s) lors des épreuves du recrutement :….……………………………………………….……………………

## Les aménagements logistiques à prévoir pour le service organisateur des épreuves:

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Épreuve de l’admission (orale en présentiel)** | |
| **Type**  **d’aménagement :** | **Aménagement(s) demandé(s)** |
| **□Temps**  **supplémentaire** | **Temps supplémentaire accordé pour l’entretien avec le jury: □** 1/3 ou **□** 1/4 ou **□** 1/5 |
| **□Assistance** | * Secrétaire et/ou lecteur * Moyens de transcriptions des données (ordinateur, logiciel spécifique, traducteur en langues des signes…) Préciser :…………………...………………………………………………...   **□** Autre : ………………………………………………………..……………………………………… |
| **□Locaux** | **□** Accessibilité spécifique :……………………………………………..…………………………….  **□** Composition dans une salle séparée **□** Table compatible avec un fauteuil roulant  **□** Autre :………….……………………………………………………………………………………. |

Fait à : , le Signature et cachet du médecin agréé :