###

**PROMOTION PAR VOIE DE DÉTACHEMENT**

**D’UN FONCTIONNAIRE BÉNÉFICIAIRE DE**

**L’OBLIGATION D’EMPLOI**

*(article 93 de la loi de transformation de la fonction publique)*

**SESSION 2024**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Ce dossier complet (imprimé en recto simple) est à envoyer par voie postale **au plus tard le 12 juillet 2024**, cachet de la poste faisant foi à :

Aix-Marseille Université

Direction des Ressources Humaines

Pôle Développement RH / Bureau Handicap

58, Boulevard Charles Livon

13284 Marseille Cedex 07

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANT**  | Tout dossier portant un cachet de la poste postérieur **au 12 juillet 2024** entrainera le rejet de la candidature. |

**Liste des promotions BOE campagne d’emploi 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps** | **Cat.** | **BAP** | **Intitulé du poste** | **Composante / Direction** | **Pôle / Service** | **Localisation** | **Cochez le(s) poste(s) sur le(s)quel(s) vous souhaitez postuler** |
| Technicien Recherche et Formation | B | J | [Gestionnaire des ressources humaines](file:///%5C%5Csalsa.univ-amu.fr%5Cdfs%5CDRH%5CP%C3%B4le%20Developpement%20RH%5C14.%20Handicap%5CARCHIVE%20HANDICAP%20%28P%C3%B4le%20GPEEC%29%5CRECRUTEMENT%20BOE%5C1%20-%20SELECTION%20BOE%5CRENTREE%202024%5C1-FDP%5CDRH%5CDRH%20TECH%20PHARO%20Fiche%20de%20poste%202023.pdf) | Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales (FSMPM) | Service finances et ressources humaines | MarseilleCampus Timone |   |
| Technicien Recherche et Formation | B | J | [Gestionnaire pédagogique et administrative](../1-FDP/DEPIL/DEPIL%20TECH%20GAP%20Fiche%20de%20poste%202023.pdf) | Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales (FSMPM) | Ecole des sciences infirmières | Marseille Site Nord |   |
| Technicien Recherche et Formation | B | G | [Responsable](file:///%5C%5Csalsa.univ-amu.fr%5Cdfs%5CDRH%5CP%C3%B4le%20Developpement%20RH%5C14.%20Handicap%5CARCHIVE%20HANDICAP%20%28P%C3%B4le%20GPEEC%29%5CRECRUTEMENT%20BOE%5C1%20-%20SELECTION%20BOE%5CRENTREE%202024%5C1-FDP%5CDEPIL%5CDEPIL%20TECH%20PHARO%20Fiche%20de%20poste%202023.pdf) du Pôle logistique et maintenance | Institut d’Administration des Entreprises (IAE) | Pôle logistique et maintenance | Aix-en-Provence |   |
| Technicien Recherche et Formation | B | J | Secrétaire Pédagogique | Institut Universitaire de Technologie (IUT) | Département Gestion des entreprises et des administrations | Site de Gap |  |
| Technicien Recherche et Formation | B | J | Secrétaire Pédagogique | Institut Universitaire de Technologie (IUT) | Département carrières sociales | Campus Aix-en-Provence |   |
| Assistant Ingénieur Recherche et Formation | A | J | [Responsable](../1-FDP/SCIENCES/SCIENCES%20TECH%20ETOILE%20Fiche%20de%20poste%202023.pdf) d’antenne de campus du pôle de marchés publics | Direction de la Commande Publique (DCP) | Pôle des marchés publics | Campus Aix-en-Provence |   |

**ÉTAT CIVIL (à compléter en lettres capitales) :**

M. [ ]  Mme [ ]

Nom de famille : ………………………………………………………………….

Nom d’usage ………………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………………………

**POUR TOUTE COMMUNICATION RELATIVE AU RECRUTEMENT :**

Adresse : …………………………………………………………………………….….……………

……………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………. Ville : …………………………………………..

Téléphone : …………………………………………………………………………………………….

Adresse électronique : …………………………………………………………………………….…

**SITUATION ACTUELLE :**

MINISTERE / ETABLISSEMENT :

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

DIRECTION/ SERVICE :

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

STATUT :

………………………………………………………………………………………………………………

CORPS/GRADE :

………………………………………………………………………………………………………………

**Y’A-T-IL DES AMÉNAGEMENTS LOGISTIQUES à prévoir pour l’organisation de l’épreuve orale d’admission ?**

[ ] Accompagnement d’un traducteur en langue des signes\*\*

[ ] Temps supplémentaire \*\* : [ ]  1/3 ou [ ]  1/4 ou [ ]  1/5

[ ] Accessibilité aux locaux – Précisez : …………………………………………………………..

[ ] Autre : Précisez : ……………….………………………………………………………………….…

**\*\*Aménagements justifiant un CERTIFICAT MÉDICAL (cf imprimé en page 6)**

Ce 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 sont accordés aux candidats qui en font la demande par le médecin agréé en fonction de la nature de leur handicap. L’aménagement des épreuves doit permettre aux candidats concernés de concourir dans des conditions identiques aux autres candidats, sans que cela leur octroie un avantage de quelque nature que ce soit, conformément au principe d’égalité dans le déroulement des épreuves.

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

- assistance (traducteur en langues des signes…) ;

- locaux (accessibilité spécifique, composition dans une salle préparée, siège ergonomique, table compatible avec un fauteuil roulant…) ;

- gestion du temps (temps supplémentaire jusqu’au 1/3 temps…).

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT, en complément des pages 1 et 2, avant** **la date limite d’envoi (12/07/2024) :**

•Demande de recrutement renseignée (page 5)

•Déclaration sur l’honneur renseignée (page 6)

•Etat de services publics (à faire viser par le service RH du dernier employeur public) et privés (pages 9 à 11)

•Dossier de reconnaissance des acquis de l’expérience professionnelle (pages 12 à 17: titres et formations, rapport d’activité accompagné des organigrammes structurels et fonctionnels et projet professionnel)

•Copie recto-verso de la carte nationale d’identité en cours de validité (à défaut : passeport)

•Copie de l’attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ou tout autre document permettant d’établir l’appartenance à l’une des catégories de BOE

•Copie du dernier arrêté de nomination ainsi que les attestations de travail et les contrats de services privés

**PIECES A JOINDRE FACULTATIVEMENT, en complément du présent dossier, avant la date limite d’envoi (12/07/2024) :**

**•si et seulement si** demande d’aménagement d’épreuve : certificat médical établi par un médecin agréé (page 7)

**Demande de recrutement par la voie du**

**détachement au titre des fonctionnaires**

**Bénéficiaires de l’Obligation d’Emploi**

**Je, soussigné(e)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date et lieu de naissance :** |
| **Prénoms :** |
| **N° Tél. personnel :** | **N° Portable :** |
| **Adresse personnelle :** |

**présente ma candidature, au titre de l’obligation d’emploi, à un emploi**

**par la voie du détachement (cocher la mention vous correspondant) :**

[ ] travailleur reconnu handicapé (RQTH ) par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) date du ……………. au …………… ;

**OU**

[ ] victime d'accident du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP) ayant entraîné une incapacité permanente (IPP) au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

**OU**

[ ] titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

**OU**

[ ] ancien militaire titulaire d’une pension militaire d’invalidité ;

**OU**

[ ] sapeur-pompier volontaire bénéficiaire d’une allocation ou d’une rente d’invalidité ;

**OU**

[ ] détenteur de la Carte mobilité inclusion (CMI) mention « Invalidité » ;

**OU**

[ ] bénéficiaire de l’Allocation aux adultes handicapés (AAH).

A…………………………... le …………………..

Signature du postulant

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………….... 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 concours et entraîneront des poursuites pénales.

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

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

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

Signature du candidat précédée de la mention

« **Lu et approuvé** »

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement** |

**CERTIFICAT MÉDICAL en cas de demande d’AMENAGEMENT D’EPREUVE**

**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 de l’entretien du recrutement par voie de détachement d’un fonctionnaire BOE.

**Aménagement logistique** à prévoir par le service organisateur du recrutement **pour l’épreuve orale de sélection :**

**Temps supplémentaire :** [ ] **1/3 ou** [ ] **1/4 ou** [ ] **1/5**

**Assistance :**

**Moyen de transcriptions des données (traducteur en langues signalétiques, …)**

**Préciser : …………………………………………………………………………………................**

**Autre : ………………………………………………………………………………….....................**

 Fait à : , le

 Signature et cachet du médecin agréé :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** **Ancienneté requise : au moins 4 ans de services publics au 01/01/2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÉTAT DES SERVICES PUBLICS***A faire remplir et signer par le service de gestion des ressources humaines du dernier employeur public.**Le cas échéant, le candidat peut fournir à la place de ce formulaire, un document produit et signé par son établissement d’affectation* | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ |
| **Total arrêté au 1er janvier 2024****tous corps confondus** | ans | mois | jours | NOM Prénom du responsable des ressources humaines :A :Le :Cachet et signature : |
| Dont total en catégorie A |  |  |  |
| Dont total en catégorie B |  |  |  |
| Dont total en catégorie C |  |  |  |
| **Période**(du plus récent au plus ancien) | **Durée du contrat** | **Quotité de service**(en %) **ou nombre d’heures** | **Etablissement d’exercice** | **Situation administrative :**-Si agent titulaire, indiquer le corps etle grade-Si agent non titulaire, indiquer le typede contrat (CDD ou CDI) et le niveau des missions exercées (niveau équivalent catégorie A, B ou C) |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |
| Du :Au : | ans | mois | jours |  |  | Niveau des missions : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÉTAT DES SERVICES PRIVÉS** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ ou avec la mention NEANT |
| **Période**(du plus récent au plus ancien) | **Entreprise** | **Fonctions exercées** | **Quotité de service****(en %) ou nombre d’heures** |
| Du :Au :Durée : |  |  |  |
| Du :Au :Durée : |  |  |  |
| Du :Au :Durée : |  |  |  |
| Du :Au :Durée : |  |  |  |
| Du :Au :Durée : |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMATION INITIALE, PROFESSIONNELLE ET CONTINUE 1/2** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

*Complétez en indiquant votre diplôme le plus élevé, s’il y a lieu, ainsi que les différentes formations que vous avez pu suivre en lien avec l’emploi-type (aucun justificatif n’est demandé) En vue de faire reconnaître les acquis de son expérience professionnelle, le candidat exposera les principales compétences acquises lors des formations suivies*

|  |  |
| --- | --- |
| Période(du plus récent auplus ancien) | Descriptif et/ou acquis de la formation initiale **ou** continue en lien avec les fonctions exercées |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMATION INITIALE, PROFESSIONNELLE ET CONTINUE 2/2** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

|  |  |
| --- | --- |
| Période(du plus récent auplus ancien) | Descriptif et/ou acquis de la formation initiale **ou** continue en lien avec les fonctions exercées |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |
| Du :Au :Durée : | Intitulé de la formation : |
| Descriptif et/ou acquis : |
| Établissement de formation : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE 1/3 (3 pages maximum)** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

*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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE 2/3 (3 pages maximum)** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE 3/3 (3 pages maximum)** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRÉNOM |  | **par voie de détachement BOE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRÉSENTATION DU PROJET PROFESSIONNEL** **(1 page maximum)** | FORMULAIRE ÀRETOURNER COMPLÉTÉ  |

*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.*