|  |  |
| --- | --- |
| ANNEXE 2 DOSSIER DE CANDIDATURE | |
|  | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **RECRUTEMENT PAR LA VOIE CONTRACTUELLE**  **OUVERT AUX BÉNÉFICIAIRES DE L’OBLIGATION D’EMPLOI**  Décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié  **ASSISTANT INGÉNIEUR F/H**  **RECHERCHE ET FORMATION**  **ASSISTANT-E DES RESSOURCES HUMAINES BAP J** |

|  |
| --- |
| ÉTAT CIVIL |

### CIVILITÉ MADAME MONSIEUR

NOM DE FAMILLE (nom de naissance) :

### NOM D'USAGE (nom marital) :

### PRÉNOMS :

### DATE DE NAISSANCE :

### NATIONALITÉ : française en cours d’acquisition

ressortissant d’un État membre de la Communauté européenne ou faisant partie à l’accord sur l’Espace économique européen

autre.

|  |
| --- |
| VOS COORDONNÉES |

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE ELECTRONIQUE : @

|  |
| --- |
| DIPLÔME(S) OBTENU(S) – JOINDRE LA / LES PHOTOCOPIES |

INTITULÉ DES DIPLÔMES OU TITRES

DATE D’OBTENTION :

UR

|  |
| --- |
| SITUATION DE FAMILLE |

TOUTE COMMUNICATION RELATIVE AU RECRUTEMENT :

NOMBRE D’ENFANTS : …………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| AMÉNAGEMENTS LOGISTIQUES À PREVOIR POUR L’ORGANISATION DE L’EPREUVE ORALE D’ADMISSION LE CAS ÉCHÉANT |

□ 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 et des préfectures.

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…).

|  |
| --- |
| PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRÉSENT DOSSIER |

un imprimé joint intitulé ANNEXE 2 DOSSIER DE CANDIDATURE complété, daté et signé

uncurriculum vitae détaillé précisant notamment le niveau d’études, le parcours professionnel et les formations suivies

une lettre de candidature

la photocopie du diplôme de niveau 5 (BTS, DUT …) ou une demande d’équivalence complétée

une photocopie de l’attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) en cours de validité pendant toute la durée du contrat, soit juqu’au 30 août 2023 ou tout autre document permettant d’établir l’appartenance à l’une des catégories de BOE

une copie recto-verso de la carte nationale d’identité ou passeport en cours de validité

|  |
| --- |
| PIÈCES A JOINDRE LE CAS ÉCHÉANT |

si et seulement si demande d’aménagement d’épreuve : certificat médical établi par un médecin agréé



|  |
| --- |
| DEMANDE DE RECRUTEMENT PAR LA VOIE CONTRACTUELLE  OUVERT AUX BÉNÉFICIAIRES DE L’OBLIGATION D’EMPLOI  Décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié |

NOM DE FAMILLE (nom de naissance) :

### NOM D'USAGE (nom marital) :

### PRÉNOMS :

reconnu travailleur handicapé par la commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées en date du :…………………..

Ou

victime d’accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entrainé une incapacité permanente

au moins égale à 10p.100 et titulaire d’une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou

de toute 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

titulaire d'une pension militaire d'invalidité en raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées dans le cadre du service au cours des guerres, des expéditions déclarées campagnes de guerre ou des opérations extérieures ou victime de guerre ;

Ou

titulaire d’une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-

1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas

d’accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Ou

titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » définie à l’article L241-3 du code de l’action sociale et des familles ;

Ou

titulaire de l’Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

Ou

autre situation : à préciser ………………………………………………………………….

présente sa candidature, au titre de l’obligation d’emploi, à un emploi d’assistant-e en ressources humaines.

A…………………………... le …………………..

Signature du postulant/de la postulante



|  |
| --- |
| DÉCLARATION SUR L’HONNEUR  POSTE OUVERT AUX BÉNÉFICIAIRES DE L’OBLIGATION D’EMPLOI  Décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié |

Je, soussigné(e),

NOM, PRÉNOM

* sollicite mon inscription sur la liste des candidats admis à prendre part au recrutement par la voie contractuelle d’un assistant ingénieur de recherche et de formation – emploi assistant-e des ressources humaines ouvert aux bénéficiaires de l’obligation d’emploi au titre de l’année 2022, pour un poste à l’université de technologie de Compiègne
* certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et présente ma candidature au recrutement précité.
* m’engage à fournir ultérieurement les pièces justificatives complémentaires, dans les délais indiqués par le service demandeur
* déclare avoir été prévenu(e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînerait l’annulation de mon succès éventuel à ce recrutement.

Fait à , le

Signature du candidat / de la candidate précédée de la mention « Lu et approuvé »



|  |
| --- |
| INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA DEMANDE D’EXTRAIT B2 DE VOTRE CASIER JUDICIAIRE |

*Il vous appartient de compléter en* ***caractères majuscules*** *avec soin et précision les mentions d’état civil relatives à vos noms, prénoms, date de naissance ainsi qu’aux nom et prénoms de vos père et mère.*

VOTRE NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE) :

VOTRE NOM D’USAGE (NOM MARITAL) :

VOS PRÉNOMS :

VOTRE DATE DE NAISSANCE :

VOTRE LIEU DE NAISSANCE : N° DE DÉPARTEMENT :

DÉPARTEMENT :

SEXE : 🞏 MASCULIN 🞏 FEMININ

PRÉCISEZ SI VOUS ETES NÉ(E) :

🞏 EN FRANCE

🞏 A L’ÉTRANGER :

Indiquez votre pays de naissance :

Indiquez votre ville de naissance :

NOM DE VOTRE PÈRE :

PRÉNOM(S) DE VOTRE PÈRE :

NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE) DE VOTRE MÈRE :

PRÉNOM(S) DE VOTRE MÈRE :



|  |
| --- |
| CERTIFICAT MÉDICAL EN CAS DE DEMANDE D’AMÉNAGEMENT D’ÉPREUVE  Ce certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé |

**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 d’assistant-e des ressources humaines.

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 :

|  |  |
| --- | --- |
| DEMANDE D'EQUIVALENCE (facultatif) | |
|  | |
| C:\Users\mzucchi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\0BM29O7R\Important-3.svg[1].png | Tout candidat admis ayant fait une demande d’équivalence ne pourra être nommé sans une décision favorable préalable de la commission d’équivalence.  La circonstance que la commission a retenu la candidature est sans incidence sur la décision rendue par la commission qui statue sur la seule capacité juridique à concourir du candidat. |
|  |  |
|  | Une demande formulée de manière incomplète ou non accompagnée des documents justificatifs ne pourra pas être présentée devant la commission nationale d’équivalence. |

**CONDITIONS GENERALES**

|  |
| --- |
| Le dossier de demande d’équivalence, constitué par le candidat, doit être retourné complet en deux exemplaires à l’établissement recruteur.  Doivent effectuer une demande d’équivalence, les candidats qui ne remplissent pas la condition de diplôme (voir formulaire « Diplômes »).  Seules les demandes d’équivalences des candidats admissibles sont étudiées par la commission nationale d’équivalence.  En cas de décision initiale défavorable, le candidat ayant formé un recours est admis à concourir à l’ensemble des épreuves. **Ainsi, tout candidat ayant fait une demande d’équivalence est autorisé à concourir à titre conservatoire**. |

**DEMANDE D’EQUIVALENCE**

**AU TITRE DE LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation 1 |  | Le candidat ne détient pas de diplôme |
|  |  |  |
| Situation 2 |  | Le candidat détient un diplôme de niveau inférieur à celui requis |
|  |  |  |
| Situation 3 |  | Le candidat n’a pas de diplôme référencé au répertoire des certifications professionnelles |

Si dans un de ces trois cas le candidat dispose d’une expérience professionnelle (dans le secteur public et/ou privé) dans des fonctions comparables par leur nature et leur niveau à celles dévolues aux membres du corps auquel le concours donne accès, il est nécessaire de faire une demande d’équivalence au titre de la qualification professionnelle.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| demande d’Équivalence  au titre de la qualification professionnelle | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Nom de famille :……………………………………………. | | | | Nom d’usage :…………………………………………….. | | |
| Prénom :……………………………………………………. | | | | Recrutement par la voie contractuelle - *Décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié* | | |
| Corps :……………………. | | BAP :………………………. | | Emploi-type :………………………………………………… | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | * Pour le secteur privé, joindre les photocopies des certificats de travail et des contrats de travail. * Pour le secteur public, joindre les contrats, l’arrêté de nomination dans le corps actuel et un rapport du (ou des) supérieur(s) hiérarchique(s) précisant la nature, la durée et la catégorie d’emploi des fonctions exercées (A, B ou C).   Les périodes de travail non justifiées ne seront pas prises en compte par la commission d’équivalence.  **Joindre une copie de votre diplôme le plus élevé si vous possédez un diplôme.** | | | | | |
|  | | | | | | |
| Employeur  (du plus récent au plus ancien) | | | Fonctions | | Lieu | Période |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |

|  |
| --- |
| Si vous possédez un diplôme, indiquez lequel (joindre une photocopie du diplôme le plus élevé uniquement):    ………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Décision de la commission d’équivalence : □ Favorable □ Rejet

Motivation de la décision en cas de rejet :

Date : .....................................Le Président de la commission :