

**RECRUTEMENT PAR VOIE DU DETACHEMENT A
UN CORPS OU CADRE D'EMPLOIS DE
CATEGORIE SUPERIEURE
EN FAVEUR DES FONCTIONNAIRES
BENEFICIAIRES DE L'OBLIGATION D'EMPLOI**
(Décret 95.979 du 25 août 1995 modifié)

SESSION 2024

DOSSIER DE CANDIDATURE

Recrutement pour lequel vous vous inscrivez (**Cochez obligatoirement une et une seule de ces cases**) :

- BAP J – IGE - Chargé-e du développement des ressources humaines
 BAP J – TCN – Technicien-ne en gestion administrative
 BAP J – TCN – Gestionnaire financier-e et comptable

Ce dossier **complet** (*imprimé en recto simple*) est à **envoyer par voie postale** au plus tard le **30 avril 2024**, **cachet de la poste faisant foi** à :

Université de Bordeaux
Pôle AGRH - Service des recrutements – Domaine du Haut-Carré - Bât. C4
351, cours de la Libération – CS 10004
33405 TALENCE Cedex

IMPORTANT

Tout dossier portant un cachet de la poste postérieur au **30 avril 2024** entrainera le rejet de la candidature.

ETAT CIVIL (à compléter en lettres capitales) :

M.

Mme

NOM DE FAMILLE:.....

NOM D'USAGE:.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Nationalité : Française En cours d'acquisition

R ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen :

Précisez le pays :

Autre : Précisez :

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 AMENAGEMENTS 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 7)**

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 préfetures 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 (30/04/2024) :

- Demande de recrutement renseignée (page 4)
- Déclaration sur l'honneur renseignée (page 5)
- Imprimé à remplir en vue de la demande par l'administration du bulletin n°2 du casier judiciaire (page 6)
- Etat de services publics (à faire viser par le service RH du dernier employeur public) et privés (pages 8 à 10)
- Dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (pages 11 à 17: titres et formations, travaux, 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 des arrêtés de nomination dans votre corps actuel ainsi que celle des contrats de services publics

PIECES A JOINDRE FACULTATIVEMENT, en complément du présent dossier, avant la date limite d'envoi (30/04/2024) :

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

Je, soussigné (e),

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

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 entraîné 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 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 d'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)

présente sa candidature, au titre de l'obligation d'emploi par la voie du détachement à un emploi de :

.....

A..... le

Signature du postulant

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** »

**INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA DEMANDE D'EXTRAIT B2
DE VOTRE CASIER JUDICIAIRE**

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

VOTRE NOM :

VOS PRÉNOMS :

VOTRE NOM D'ÉPOUSE (s'il y a lieu) :

VOTRE DATE DE NAISSANCE :

VOTRE LIEU DE NAISSANCE : N° DE DÉPARTEMENT :

SEXE : masculin féminin

PRÉCISEZ SI VOUS ÊTES NÉ(E) :

EN FRANCE

Indiquez votre **département** de naissance :
et le numéro du département (**2 chiffres**) :

Indiquez votre **commune** de naissance :

NB : ces éléments figurent sur votre carte nationale d'identité

À L'ÉTRANGER

Indiquez votre pays de naissance :

Indiquez votre ville de naissance :

NOM DE VOTRE PÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE PÈRE :

NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE MÈRE :

CERTIFICAT MEDICAL 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 :

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 À
RETOURNER COMPLÉTÉ

| | | | | |
|--|------------|-------------|--------------|---|
| Total arrêté au 1^{er} janvier 2024 <u>tous corps confondus</u> | ans | mois | jours | NOM Prénom du responsable des ressources humaines : |
| Dont total en catégorie A | ans | mois | jours | A : |
| Dont total en catégorie B | ans | mois | jours | Le : |
| Dont total en catégorie C | ans | mois | jours | Cachet et signature : |

| Période (du plus récent au plus ancien) | Durée du contrat | | | <u>ou</u> | | Etablissement d'exercice | Situation administrative : | |
|--|------------------|------|-------|---------------------------------|----------------|--------------------------|--|--|
| | | | | Quotité de service (en %) | Heures totales | | -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) | |
| 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 : | | 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 : | |
| | | | | | | | | |

| | | |
|-------|----------|-----------------|
| Nom : | Prénom : | Détachement BOE |
|-------|----------|-----------------|

ÉTAT DES SERVICES PRIVÉS

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

| Période (du plus récent au plus ancien) | Entreprises | Fonctions exercées | ou | |
|--|-------------|--------------------|---------------------|----------------|
| | | | Quotité de services | Heures totales |
| Du : Au : Durée : | | | % | h |
| Du : Au : Durée : | | | % | h |
| Du : Au : Durée : | | | % | h |
| Du : Au : Durée : | | | % | h |

FORMATION INITIALE, PROFESSIONNELLE ET CONTINUE 1/2

FORMULAIRE À
RETOURNER 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 au plus ancien) | Descriptif et/ou acquis de la formation initiale ou continue en lien avec les fonctions exercées |
|--|---|
| Du : Au : Durée : | Intitulé de la formation : |
| | <u>Descriptif et/ou acquis</u> : |
| | |
| | Établissement de formation : |
| Du : Au : Durée : | Intitulé de la formation : |
| | <u>Descriptif et/ou acquis</u> : |
| | |
| | Établissement de formation : |
| Du : Au : Durée : | Intitulé de la formation : |
| | <u>Descriptif et/ou acquis</u> : |
| | |
| | Établissement de formation : |
| Du : Au : Durée : | Intitulé de la formation : |
| | <u>Descriptif et/ou acquis</u> : |
| | |
| | Établissement de formation : |
| Du : Au : Durée : | Intitulé de la formation : |
| | <u>Descriptif et/ou acquis</u> : |
| | |
| | Établissement de formation : |

FORMATION INITIALE, PROFESSIONNELLE ET CONTINUE 2/2

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

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

| | | |
|-------|----------|-----------------|
| Nom : | Prénom : | Détachement BOE |
|-------|----------|-----------------|

TRAVAUX 1/1

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

Le candidat présentera les travaux, s'il y a lieu, auxquels il a pu participer (Joindre les justificatifs de vos travaux (extraits significatifs.) (1 page dactylographiée maximum)

| | | | | |
|-------|--|----------|--|-----------------|
| Nom : | | Prénom : | | Détachement BOE |
|-------|--|----------|--|-----------------|

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE 1/3

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

En vue de faire reconnaître son expérience professionnelle, le candidat présentera les principales étapes de son parcours professionnel, ainsi que, s'il y a lieu 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 (3 pages maximum).

Joindre les organigrammes comportant signature et cachet de votre établissement. L'organigramme structurel (de l'établissement) doit permettre de vous situer dans votre organisation ainsi que dans votre service. L'organigramme fonctionnel (que vous aurez vous-même conçu) doit faire apparaître l'ensemble de vos liens fonctionnels (internes, externes et partenariaux) et être la traduction schématique de votre fiche de poste et démontrer vos activités et vos missions actuelles.

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE 2/3

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

| | | | | |
|-------|--|----------|--|-----------------|
| Nom : | | Prénom : | | Détachement BOE |
|-------|--|----------|--|-----------------|

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE 3/3

FORMULAIRE À
RETOURNER COMPLÉTÉ

| | | | | |
|-------|--|----------|--|-----------------|
| Nom : | | Prénom : | | Détachement BOE |
|-------|--|----------|--|-----------------|

PROJET PROFESSIONNEL 1/1

FORMULAIRE À
RETOURNER 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 (1 page maximum).